

# Qualitätsbericht

für das Jahr 2020

Internistisches Klinikum München Süd GmbH

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten  
des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über das Jahr  
2020

Übermittelt am: 15.11.2021

Automatisiert erstellt am: 24.01.2022

Auftraggeber: Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

## Vorwort

Krankenhäuser, die für die Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen sind (§ 108 SGB V), müssen jedes Jahr strukturierte Qualitätsberichte erstellen (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V). Die Berichte sollen Patienten dabei helfen, ein für die Behandlung ihrer Erkrankung geeignetes Krankenhaus zu finden. Ärzte und Krankenversicherungen können Patienten mit Hilfe der Berichte leichter Empfehlungen für geeignete Krankenhäuser aussprechen. Zudem dienen die Qualitätsberichte Krankenhäusern als Informationsplattform, um Behandlungsschwerpunkte, Serviceangebote und Ergebnisse der Qualitätssicherung öffentlich darstellen zu können.

Die Qualitätsberichte werden nach Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses ausgestaltet. Neben allgemeinen Informationen zum Versorgungsangebot eines Krankenhauses (u. a. Anzahl der Betten, Fallzahlen, apparative und personelle Ausstattung) werden auch spezielle Daten der Fachabteilungen und Qualitätsindikatoren erhoben.

### **Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:**

Der maschinenverwertbare Qualitätsbericht wird vom Krankenhaus in einer Computersprache verfasst, die sich nur sehr bedingt zum flüssigen Lesen eignet. Daher wurden im vorliegenden Bericht Ergänzungen und Umstrukturierungen für eine bessere Orientierung und erhöhte Lesbarkeit vorgenommen. Alle Passagen, die nicht im originären XML-Qualitätsbericht des Krankenhauses oder nicht direkt in den G-BA-Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser enthalten sind, wurden – wie hier – durch blaue Schriftfarbe gekennzeichnet.

Das blaue Minuszeichen „–“ bedeutet, dass an dieser Stelle im XML-Qualitätsbericht keine Angaben gemacht wurden. So kann es beispielsweise Fälle geben, in denen Angaben nicht sinnvoll sind, weil ein bestimmter Berichtsteil nicht auf das Krankenhaus zutrifft. Zudem kann es Fälle geben, in denen das Krankenhaus freiwillig ergänzende Angaben zu einem Thema machen kann, diese Möglichkeit aber nicht genutzt hat. Es kann aber auch Fälle geben, in denen Pflichtangaben fehlen.

## Inhaltsverzeichnis

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| -        | <b>Einleitung.....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>A</b> | <b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des<br/>Krankenhausstandorts .....</b>   | <b>6</b>  |
| A-1      | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....   | 6         |
| A-2      | Name und Art des Krankenhausträgers.....  | 7         |
| A-3      | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....   | 7         |
| A-4      | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....  | 7         |
| A-5      | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....  | 8         |
| A-6      | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....   | 9         |
| A-7      | Aspekte der Barrierefreiheit.....   | 9         |
| A-8      | Forschung und Lehre des Krankenhauses .....   | 10        |
| A-9      | Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....  | 10        |
| A-10     | Gesamtfallzahlen .....  | 11        |
| A-11     | Personal des Krankenhauses.....   | 11        |
| A-12     | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....  | 21        |
| A-13     | Besondere apparative Ausstattung.....   | 32        |
| A-14     | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c<br>Absatz 4 SGB V .....   | 33        |
| <b>B</b> | <b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen</b>  | <b>34</b> |
| B-1      | Innere Medizin.....   | 34        |
| B-2      | Kardiologische Belegabteilung .....   | 40        |
| B-3      | Kardiologie .....   | 44        |
| <b>C</b> | <b>Qualitätssicherung.....</b>  | <b>50</b> |
| C-1      | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden<br>Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ..... | 50        |
| C-2      | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....   | 195       |
| C-3      | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP)<br>nach § 137f SGB V.....   | 196       |

---

|     |  |            |
|-----|--|------------|
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....                    | 196        |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....                   | 196        |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....         | 196        |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ..... | 197        |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....   | 197        |
| -   | <b>Anhang</b> .....  | <b>199</b> |
|     | Diagnosen zu B-1.6 .....   | 199        |
|     | Prozeduren zu B-1.7 .....  | 211        |
|     | Diagnosen zu B-2.6 .....   | 221        |
|     | Prozeduren zu B-2.7 .....  | 223        |
|     | Diagnosen zu B-3.6 .....   | 227        |
|     | Prozeduren zu B-3.7 .....  | 233        |

**- Einleitung**

| Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts |  |
|---|--|
| <b>Funktion</b>   | Qualitätsmanagement  |
| <b>Titel, Vorname, Name</b>                             | Sonja Nuener, M.Sc.  |
| <b>Telefon</b>  | 089/72400-1440   |
| <b>E-Mail</b>   | <a href="mailto:sonja.nuener@ikms.de">sonja.nuener@ikms.de</a> |

| Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts |  |
|--|--|
| <b>Funktion</b>  | Geschäftsführer  |
| <b>Titel, Vorname, Name</b>  | Prof. Dr. med. Thorsten Lewalter   |
| <b>Telefon</b>   | 089/72400-1200   |
| <b>E-Mail</b>  | <a href="mailto:geschaeftsfuehrung@ikms.de">geschaeftsfuehrung@ikms.de</a> |

**Weiterführende Links**Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://www.ikms.de/>Link zu weiterführenden Informationen: <https://www.osypka-herzzentrum-muenchen.de/>

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

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 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 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| Krankenhaus                             |   |
|---|---|
| Krankenhausname                         | Internistisches Klinikum München Süd GmbH               |
| Hausanschrift                           | Am Isarkanal 36<br>81379 München                        |
| Zentrales Telefon                       | 089/72400-0   |
| Zentrale E-Mail                         | <a href="mailto:info@ikms.de">info@ikms.de</a>          |
| Postanschrift                           | Am Isarkanal 36<br>81379 München                        |
| Institutionskennzeichen                 | 260910374   |
| Standortnummer aus dem Standortregister | 771910000   |
| Standortnummer (alt)                    | 00  |
| URL                                     | <a href="https://www.ikms.de/">https://www.ikms.de/</a> |

### Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin |  |
|--------------------------------------|--|
| Funktion                             | Ärztlicher Direktor und Chefarzt Gastroenterologie                   |
| Titel, Vorname, Name                 | Prof. Dr. med. habil. Dr. rer. biol. hum. Dipl. psych. Manfred Gross |
| Telefon                              | 089/72400-4100   |
| E-Mail                               | <a href="mailto:sekretariat@ikms.de">sekretariat@ikms.de</a>         |

### Pflegedienstleitung

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin |  |
|---|--|
| Funktion                                | Pflegemanagement   |
| Titel, Vorname, Name                    | Sonja Nuener, M.Sc.  |
| Telefon                                 | 089/72400-1440   |
| E-Mail                                  | <a href="mailto:sonja.nuener@ikms.de">sonja.nuener@ikms.de</a> |

### Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin |  |
|---------------------------------------|--|
| Funktion                              | Geschäftsführer  |
| Titel, Vorname, Name                  | Prof. Dr. med. Thorsten Lewalter   |
| Telefon                               | 089/72400-1200   |
| E-Mail                                | <a href="mailto:geschaeftsfuehrung@ikms.de">geschaeftsfuehrung@ikms.de</a> |

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin |  |
|---------------------------------------|--|
| Funktion                              | Geschäftsführerin                              |
| Titel, Vorname, Name                  | Lisa Panteleit-Langbein                        |
| Telefon                               | 089/72400-1200                                 |
| E-Mail                                | <a href="mailto:info@ikms.de">info@ikms.de</a> |

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| Krankenhausträger |   |
|-------------------|---|
| Name              | Internistisches Klinikum München Süd GmbH |
| Art               | Privat                                    |

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

| Psychiatrie                        |      |
|------------------------------------|------|
| Psychiatrisches Krankenhaus        | Nein |
| Regionale Versorgungsverpflichtung | Nein |

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr.  | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot  | Kommentar                           |
|------|---|-------------------------------------|
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie   | stationäre und ambulante Versorgung |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie   | stationäre und ambulante Versorgung |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege |                                     |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen          |                                     |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie                                    | Stationäre und ambulante Versorgung |
| MP63 | Sozialdienst  |                                     |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage  | Stationäre und ambulante Versorgung |
| MP51 | Wundmanagement  |                                     |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie   | stationäre und ambulante Versorgung |
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare  |                                     |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen   |                                     |
| MP18 | Fußreflexzonenmassage   | stationäre und ambulante Versorgung |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege   |                                     |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege  |                                     |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie  | Stationäre und ambulante Versorgung |
| MP06 | Basale Stimulation  |                                     |
| MP21 | Kinästhetik   |                                     |
| MP25 | Massage   | Stationäre und ambulante Versorgung |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung   |                                     |
| MP37 | Schmerztherapie/-management   |                                     |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)  |                                     |

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

| Nr.  | Leistungsangebot   | Link | Kommentar  |
|------|--|------|--|
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)  |      | bei medizinischer Indikation   |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten   |      |  |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)   |      |  |
| NM68 | Abschiedsraum  |      |  |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle   |      |  |
| NM69 | Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) |      | kostenloses Fernsehgerät am Bett/im Zimmer; in einigen Bereichen der Klinik steht kostenloses WLAN zur Verfügung; für jedes Zimmer ist ein Telefon am Bett verfügbar |
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle  |      |  |

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

| Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen |  |
|---|--|
| <b>Funktion</b>                                     | Stationsleitung  |
| <b>Titel, Vorname, Name</b>                         | Eileen Wenke   |
| <b>Telefon</b>                                      | 089/72400-2320   |
| <b>E-Mail</b>                                       | <a href="mailto:leitung-station3@ikms.de">leitung-station3@ikms.de</a> |

### A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr.  | Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit  | Kommentar   |
|------|--|---|
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung | Farbkonzept für Stationen, Bereiche und Funktionsdiagnostik |
| BF32 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung                       |   |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen                              |   |
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen                        |   |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)                              |   |

|      |  |  |
|------|--|--|
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal  |  |
| BF24 | Diätische Angebote   |  |
| BF17 | Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße                   |  |
| BF22 | Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße                        |  |
| BF20 | Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße |  |

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Nr.  | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar  |
|------|--|--|
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)                                | inklusive klinische Untersuchungskurse für Student*innen in Kooperation mit der Ludwig-Maximilians-Universität München |
| FL04 | Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten                   |  |
| FL01 | Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten                     |  |
| FL08 | Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher                         |  |
| FL09 | Doktorandenbetreuung   |  |
| FL05 | Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien                                   |  |
| FL06 | Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien                                 |  |

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr.  | Ausbildung in anderen Heilberufen                                     |
|------|---|
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger |
| HB17 | Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer                         |
| HB19 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner                                 |

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

| Betten |     |
|--------|-----|
| Betten | 115 |

## A-10 Gesamtfallzahlen

| Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle |      |
|--|------|
| Vollstationäre Fallzahl                          | 6287 |
| Teilstationäre Fallzahl                          | 0    |
| Ambulante Fallzahl                               | 4103 |

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 35,13

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 35,13             |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 35,13             |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 15,12

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 15,12             |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 15,12             |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 5

**A-11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 80,55

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 80,55             |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 80,55             |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 80,55

Kommentar: Personal wird interdisziplinär eingesetzt

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|-----------------|-------------------|---|
| Stationär       | 80,55             | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Ambulant        | 0                 |   |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|--------------------------|-------------------|---|
| Direkt                   | 80,55             | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Nicht Direkt             | 0                 |   |

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 0,75

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0,75              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 0,75              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Kommentar: Personal wird interdisziplinär eingesetzt

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|-----------------|-------------------|---|
| Stationär       | 0,75              | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Ambulant        | 0                 |   |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|--------------------------|-------------------|---|
| Direkt                   | 0,75              | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Nicht Direkt             | 0                 |   |

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 0,73

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0,73              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 0,73              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 0,73

Kommentar: Personal wird interdisziplinär eingesetzt

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|-----------------|-------------------|---|
| Stationär       | 0,73              | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Ambulant        | 0                 |   |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|--------------------------|-------------------|---|
| Direkt                   | 0,73              | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Nicht Direkt             | 0                 |   |

### Pflegefachfrau, Pflegefachmann in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,71

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 3,71              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 3,71              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

#### Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 3,71

Kommentar: Personal wird interdisziplinär eingesetzt

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|-----------------|-------------------|---|
| Stationär       | 3,71              | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Ambulant        | 0                 |   |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|--------------------------|-------------------|---|
| Direkt                   | 3,71              | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Nicht Direkt             | 0                 |   |

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

#### Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 9,78

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 9,78              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 9,78              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

#### Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 9,78

Kommentar: Personal wird interdisziplinär eingesetzt

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|-----------------|-------------------|---|
| Stationär       | 9,78              | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Ambulant        | 0                 |   |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|--------------------------|-------------------|---|
| Direkt                   | 9,78              | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Nicht Direkt             | 0                 |   |

### Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

#### Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,38

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0,38              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 0,38              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

#### Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0,38

Kommentar: Personal wird interdisziplinär eingesetzt

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|-----------------|-------------------|---|
| Stationär       | 0,38              | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Ambulant        | 0                 |   |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|--------------------------|-------------------|---|
| Direkt                   | 0,38              | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Nicht Direkt             | 0                 |   |

### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,82

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 3,82              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 3,82              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

#### Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 3,82

Kommentar: Personal wird interdisziplinär eingesetzt

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|-----------------|-------------------|---|
| Stationär       | 3,82              | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Ambulant        | 0                 |   |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|--------------------------|-------------------|---|
| Direkt                   | 3,82              | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Nicht Direkt             | 0                 |   |

### A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

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

Anzahl Vollkräfte: 2,3

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 2,3               |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 2,3               |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

#### SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 3

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 3                 |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 0                 |           |
| Nicht Direkt             | 3                 |           |

### **SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement**

Anzahl Vollkräfte: 0,83

#### **Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 0,83              |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 0,83              |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

### **SP61 - Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik**

Anzahl Vollkräfte: 10,65

#### **Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär       | 10,65             |           |
| Ambulant        | 0                 |           |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt                   | 10,65             |           |
| Nicht Direkt             | 0                 |           |

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

| Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements |  |
|--|--|
| Funktion   | Qualitätsmanagement  |
| Titel, Vorname, Name   | Sonja Nuener, M.Sc.  |
| Telefon  | 089/72400-1440   |
| E-Mail   | <a href="mailto:sonja.nuener@ikms.de">sonja.nuener@ikms.de</a> |

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

| Lenkungsgremium                            |  |
|--|--|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | jeweils Leitung der Berufsgruppen: Ärztlicher Dienst, Pflege-/Funktionsdienst, HKL, Patientenmanagement, Medizincontrolling, Geschäftsführung, Hauswirtschaft, Haustechnik, Medizintechnik |
| Tagungsfrequenz des Gremiums               | andere Frequenz  |

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

| Angaben zur Person |  |
|--------------------|--|
| Angaben zur Person | Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement |

| Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement |  |
|---|--|
| Funktion  | Qualitätsmanagement  |
| Titel, Vorname, Name                                      | Sonja Nuener, M.Sc.  |
| Telefon   | 089/72400-1440   |
| E-Mail  | <a href="mailto:sonja.nuener@ikms.de">sonja.nuener@ikms.de</a> |

### A-12.2.2 Lenkungs-gremium

| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe        |  |
|--|--|
| Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe        | Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement   |
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | jeweils Leitung der Berufsgruppen: Ärztlicher Dienst, Pflege-/Funktionsdienst, HKL, Patientenmanagement, Medizincontrolling, Geschäftsführung, Hauswirtschaft, Haustechnik, Medizintechnik |
| Tagungsfrequenz des Gremiums               | andere Frequenz  |

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr.  | Instrument bzw. Maßnahme  | Zusatzangaben  |
|------|---|--|
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen  | - Qualitätszirkel<br>- u.a. Röntgenbesprechung, Herzkonferenz        |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen  |  |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Name: u.a. elektronische Pflegedokumentation<br>Datum: 04.11.2021    |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement  | Name: u.a. Reanimationsleitlinie<br>Datum: 31.05.2021                |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten   | Name: u.a. Ablauf defekte medizinische Geräte<br>Datum: 01.02.2017   |
| RM06 | Sturzprophylaxe   | Name: u.a. elektronische Pflegedokumentation<br>Datum: 04.11.2021    |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten   |  |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung   | Name: u.a. Coloskopie<br>Datum: 30.03.2019                           |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen  |  |
| RM18 | Entlassungsmanagement   | Name: u.a. Umsetzung Entlassmanagement<br>Datum: 01.10.2017          |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen   | Name: u.a. Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)<br>Datum: 01.04.2017 |

|      |  |   |
|------|--|---|
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen   |   |
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor | Name: Intranet<br>Datum: 02.11.2021                               |
| RM05 | Schmerzmanagement  | Name: u.a. elektronische Pflegedokumentation<br>Datum: 04.11.2021 |

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems

| Internes Fehlermeldesystem       |  |
|----------------------------------|--|
| Internes Fehlermeldesystem       | Ja   |
| Regelmäßige Bewertung            | Ja   |
| Tagungsfrequenz des Gremiums     | quartalsweise  |
| Verbesserung Patientensicherheit | Farbkennzeichnung als Orientierungs- und Infektionssicherheit, anwendungsspezifische Vorschriften im Rahmen des QM, Kontrollen, 4-Augen-Prinzip bei der Medikamentenverabreichung, Arbeitssicherheitsstandards, anonyme Fehlerangabemöglichkeiten, Einführung eines Patientenarmbandes |

| Nr.  | Instrument und Maßnahme  | Zusatzangaben |
|------|--|---------------|
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | bei Bedarf    |
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor  | 30.09.2019    |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen   | quartalsweise |

#### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

| Übergreifendes Fehlermeldesystem |      |
|----------------------------------|------|
| Übergreifendes Fehlermeldesystem | Nein |

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

| Hygienepersonal   | Anzahl (Personen) | Kommentar |
|---|-------------------|-----------|
| Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern   | 1                 | extern    |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte   | 2                 |           |
| Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger<br>Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen<br>Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention<br>„Hygienefachkräfte“ (HFK) | 1                 | extern    |
| Hygienebeauftragte in der Pflege  | 5                 |           |

### Hygienekommission

|                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| Hygienekommission eingerichtet | Ja           |
| Tagungsfrequenz des Gremiums   | halbjährlich |

### Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission

|                      |  |
|----------------------|--|
| Funktion             | Ärztlicher Direktor  |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. med. habil. Dr. rer. biol. hum. Dipl. psych. Manfred Gross |
| Telefon              | 089/72400-4100   |
| E-Mail               | <a href="mailto:sekretariat@ikms.de">sekretariat@ikms.de</a>         |

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt. — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

| <b>1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage</b> |    |
|--|----|
| Der Standard liegt vor   | Ja |
| <b>Der Standard thematisiert insbesondere</b>                      |    |
| a) Hygienische Händedesinfektion                                   | Ja |
| b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle            | Ja |
| c) Beachtung der Einwirkzeit                                       | Ja |
| <b>d) Weitere Hygienemaßnahmen</b>                                 |    |
| - sterile Handschuhe   | Ja |
| - steriler Kittel  | Ja |
| - Kopfhaube  | Ja |
| - Mund-Nasen-Schutz  | Ja |
| - steriles Abdecktuch  | Ja |
| Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert            | Ja |

| <b>2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern</b> |    |
|--|----|
| Der Standard liegt vor   | Ja |
| Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert  | Ja |

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

| <b>Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie</b>           |    |
|--|----|
| Die Leitlinie liegt vor  | Ja |
| Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst                   | Ja |
| Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert | Ja |

| <b>Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe</b> |   |
|--|---|
| Der Standard liegt vor   | Am Standort werden keine Operationen durchgeführt |

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

| <b>Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel</b> |    |
|--|----|
| Der Standard liegt vor   | Ja |
| <b>Der interne Standard thematisiert insbesondere</b>                      |    |
| a) Hygienische Händedesinfektion   | Ja |
| b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen                            | Ja |
| c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden                         | Ja |
| d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe           | Ja |
| e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion          | Ja |
| Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert      | Ja |

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

| <b>Händedesinfektion (ml/Patiententag)</b>   |        |
|--|--------|
| <b>Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen</b>               |        |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen wurde erhoben        | ja     |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen über alle Standorte  | 175,00 |
| <b>Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen</b>              |        |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen wurde erhoben       | ja     |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen über alle Standorte | 42,00  |
| Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen  | ja     |

### A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

| MRSA  |    |
|---|----|
| Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke | Ja |
| Informationsmanagement für MRSA liegt vor                                   | Ja |
| Risikoadaptiertes Aufnahmescreening   |    |
| Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)             | Ja |
| Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang                  |    |
| Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren   | Ja |

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr.  | Instrument und Maßnahme  | Zusatzangaben                                       | Kommentar  |
|------|--|---|--|
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | HAND-KISS<br>ITS-KISS<br>MRSA-KISS<br>STATIONS-KISS |  |
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten  |   | a) aufzubereitende Medizinprodukte - Hygienisch-mikrobiologische Untersuchung gemäß Vorgaben:<br>- TEE-Sonden halbjährlich<br>- Endoskope: vierteljährlich<br><br>b) zu sterilisierende Medizinprodukte extern |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen   |   |  |

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement   |    | Kommentar / Erläuterungen |
|---|----|---------------------------|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt  | Ja |                           |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | Ja |                           |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden   | Ja |                           |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden  | Ja |                           |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert   | Ja |                           |

| Regelmäßige Einweiserbefragungen |    |
|----------------------------------|----|
| Durchgeführt                     | Ja |
| Link                             |    |
| Kommentar                        |    |

| Regelmäßige Patientenbefragungen |    |
|----------------------------------|----|
| Durchgeführt                     | Ja |
| Link                             |    |
| Kommentar                        |    |

| Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden |    |
|--|----|
| Möglich                                    | Ja |
| Link                                       |    |
| Kommentar                                  |    |

### Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

| Ansprechperson für das Beschwerdemanagement |  |
|---|--|
| Funktion                                    | Qualitätsmanagement  |
| Titel, Vorname, Name                        | Sonja Nuener, M.Sc.  |
| Telefon                                     | 089/72400-1440   |
| E-Mail                                      | <a href="mailto:sonja.nuener@ikms.de">sonja.nuener@ikms.de</a> |

### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Funktion</b>             | Assistentin der Geschäftsführung   |
| <b>Titel, Vorname, Name</b> | Magdalena Schwarz  |
| <b>Telefon</b>              | 089/72400-1200   |
| <b>E-Mail</b>               | <a href="mailto:geschaeftsfuehrung@ikms.de">geschaeftsfuehrung@ikms.de</a> |

### Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Link zum Bericht</b> |  |
| <b>Kommentar</b>        |  |

### Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

#### Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Funktion</b>             | Patientenfürsprecherin   |
| <b>Titel, Vorname, Name</b> | Mechthild von der Mülbe  |
| <b>Telefon</b>              | 089/72400-1655   |
| <b>E-Mail</b>               | <a href="mailto:patientenfuesprecher@ikms.de">patientenfuesprecher@ikms.de</a> |

### Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Kommentar</b> |  |
|------------------|--|

## 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

#### Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| <b>Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?</b> | Ja - Arzneimittelkommission |
|---|-----------------------------|

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

**Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Nein**

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| Pharmazeutisches Personal          | Anzahl (Personen) |
|------------------------------------|-------------------|
| Apothekerinnen und Apotheker       | 1                 |
| Weiteres pharmazeutisches Personal | 0                 |

#### Erläuterungen

in Kooperation mit Apotheke (extern)

### 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. Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

**Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese:** Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

**Medikationsprozess im Krankenhaus:** Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:

Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

**Entlassung:** Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit

Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw.  
Arzneimittelverordnungen erfolgt.

| Nr.  | Instrument bzw. Maßnahme   | Zusatzangaben   |
|------|--|---|
| AS10 | Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln  | - Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)   |
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen   |   |
| AS08 | Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)   |   |
| AS06 | SOP zur guten Verordnungspraxis  | Name: u.a.<br>VA_Medikationsprozess_2009<br>Letzte Aktualisierung: 30.09.2020   |
| 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<br>- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten |
| AS05 | Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)   | Name: u.a.<br>VA_Medikationsprozess_2009<br>Letzte Aktualisierung: 30.09.2020   |
| AS03 | Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese  | Name: u.a.<br>VA_Medikationsprozess_2009<br>Letzte Aktualisierung: 30.09.2020   |
| AS04 | Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) |   |

|      |  |   |
|------|--|---|
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern   | - Fallbesprechungen<br>- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung<br>- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) |
| AS09 | Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln   | - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen<br>- u.a. VA zur Zubereitung von und Umgang mit Infusions- und Injektionstechniken                         |
| AS07 | Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware) |   |
| AS11 | Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln  |   |

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr.  | Vorhandene Geräte                  | Umgangssprachliche Bezeichnung  | 24h verfügbar | Kommentar      |
|------|------------------------------------|---|---------------|----------------|
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT)      | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder | Ja            | in Kooperation |
| AA01 | Angiographiegerät/DSA              | Gerät zur Gefäßdarstellung  | Ja            |                |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren    | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)                                    | Ja            |                |
| AA69 | Linksherzkatheterlabor             | Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße                     | Ja            |                |
| AA10 | Elektroenzephalographiegerät (EEG) | Hirnstrommessung  | Ja            |                |
| AA08 | Computertomograph (CT)             | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen                             | Ja            | in Kooperation |

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

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

| Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses                  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Zugeordnete Notfallstufe                                       | Basisnotfallversorgung (Stufe 1) |
| Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung | Ja (siehe A-14.3)                |

| Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt                     |
|--|
| Erfüllung der Voraussetzungen eines Moduls der speziellen Notfallversorgung (siehe A-14.2) |

### A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

| Nr.  | Module der Speziellen Notfallversorgung                  |
|------|--|
| SN06 | Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit) |

### A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

| Tatbestand, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt  |
|---|
| Krankenhäuser, die aufgrund krankenhauplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhauplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen |

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

|   |      |
|---|------|
| Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?  | Nein |
| Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden? | Ja   |

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

### B-1 Innere Medizin

#### B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Innere Medizin"

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung |                |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel                                     | 0100           |
| Art   | Hauptabteilung |

#### Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt |  |
|--------------------------|--|
| Funktion                 | Chefarzt Gastroenterologie   |
| Titel, Vorname, Name     | Prof. Dr. med. habil. Dr. rer. biol. hum. Dipl. psych. Manfred Gross |
| Telefon                  | 089/72400-4100   |
| E-Mail                   | <a href="mailto:sekretariat@ikms.de">sekretariat@ikms.de</a>         |
| Straße/Nr                | Am Isarkanal 36  |
| PLZ/Ort                  | 81379 München  |
| Homepage                 | <a href="https://ikms.de/">https://ikms.de/</a>                      |

| Chefärztin oder Chefarzt |  |
|--------------------------|--|
| Funktion                 | Chefärztin Pneumologie                                       |
| Titel, Vorname, Name     | Prof. Dr. med. Almuth Pforte                                 |
| Telefon                  | 089/72400-4100   |
| E-Mail                   | <a href="mailto:sekretariat@ikms.de">sekretariat@ikms.de</a> |
| Straße/Nr                | Am Isarkanal 36  |
| PLZ/Ort                  | 81379 München  |
| Homepage                 | <a href="https://ikms.de/">https://ikms.de/</a>              |

#### B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG    | Keine Vereinbarung geschlossen |

### B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote   |
|------|--|
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ  |
| VR44 | Teleradiologie   |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ   |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen   |
| VI20 | Intensivmedizin  |
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel   |
| VI05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten                       |
| VI40 | Schmerztherapie  |
| VI23 | Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) |
| VI22 | Diagnostik und Therapie von Allergien  |
| VR41 | Interventionelle Radiologie  |
| VI04 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren                              |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen  |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes               |
| VR09 | Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren  |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel  |
| VR29 | Quantitative Bestimmung von Parametern   |
| VI42 | Transfusionsmedizin  |
| VR26 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung   |
| VI43 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen  |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)  |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge  |
| VR05 | Sonographie mit Kontrastmittel   |
| VI39 | Physikalische Therapie   |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen  |
| VR02 | Native Sonographie   |
| VR08 | Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung  |
| VR24 | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren  |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura   |
| VI12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs  |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas                               |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis   |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen   |

|      |   |
|------|---|
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen   |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten      |
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) |
| VI13 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums                             |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie  |
| VI35 | Endoskopie  |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten                 |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen                              |
| VR04 | Duplexsonographie   |
| VI38 | Palliativmedizin  |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen                                      |
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen                     |

### B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen              |      |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 2551 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0    |

### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

### B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

### B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

|                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| <b>Ambulanzart</b> | Privatambulanz (AM07) |
|--------------------|-----------------------|

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>Ambulanzart</b> | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V (AM10) |
|--------------------|---|

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>Ambulanzart</b> | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11) |
|--------------------|---|

|                    |                              |
|--------------------|------------------------------|
| <b>Ambulanzart</b> | Notfallambulanz (24h) (AM08) |
|--------------------|------------------------------|

### B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| OPS-Ziffer | Anzahl | Bezeichnung   |
|------------|--------|---|
| 1-650.1    | 52     | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum  |
| 1-444.7    | 52     | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien  |
| 1-650.2    | 45     | Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie   |
| 1-444.6    | 17     | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie   |
| 5-452.61   | 9      | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge |
| 1-650.0    | 9      | Diagnostische Koloskopie: Partiiell   |

### B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

### B-1.11 Personelle Ausstattung

#### B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 13,81

Kommentar: Personal wird interdisziplinär eingesetzt

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|-----------------|-------------------|---|
| Stationär       | 13,81             | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Ambulant        | 0                 |   |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|--------------------------|-------------------|---|
| Direkt                   | 13,81             | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Nicht Direkt             | 0                 |   |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 184,72122

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,81

Kommentar: Personal wird interdisziplinär eingesetzt

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|-----------------|-------------------|---|
| Stationär       | 4,81              | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Ambulant        | 0                 |   |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|--------------------------|-------------------|---|
| Direkt                   | 4,81              | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Nicht Direkt             | 0                 |   |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 530,35343

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr.  | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar |
|------|---|-----------|
| AQ01 | Anästhesiologie   |           |
| AQ54 | Radiologie  |           |
| AQ25 | Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie                  |           |
| AQ55 | Radiologie, SP Kinderradiologie                                     |           |
| AQ26 | Innere Medizin und Gastroenterologie                                |           |
| AQ39 | Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie                | extern    |
| AQ30 | Innere Medizin und Pneumologie                                      |           |
| AQ23 | Innere Medizin  |           |

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung               | Kommentar |
|------|------------------------------------|-----------|
| ZF05 | Betriebsmedizin                    | extern    |
| ZF28 | Notfallmedizin                     |           |
| ZF15 | Intensivmedizin                    |           |
| ZF36 | Psychotherapie – fachgebunden –    |           |
| ZF03 | Allergologie                       |           |
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – |           |

### B-1.11.2 Pflegepersonal

#### Wochenarbeitszeit

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar |
|------|--|-----------|
| PQ13 | Hygienefachkraft   | extern    |
| PQ20 | Praxisanleitung  |           |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege                                 |           |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches                            |           |
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege                                   |           |

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr.  | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZP16 | Wundmanagement      |
| ZP08 | Kinästhetik         |

### B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## B-2 Kardiologische Belegabteilung

### B-2.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Kardiologische Belegabteilung"

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung |                |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel                                     | 0300           |
| Art   | Belegabteilung |

#### Ärztliche Leitung

| Belegärztin oder Belegarzt |   |
|----------------------------|---|
| Funktion                   | leitender Arzt kardiologische Belegabteilung    |
| Titel, Vorname, Name       | Dr. med. Philip Jung                            |
| Telefon                    | 089/72400-0                                     |
| E-Mail                     | <a href="mailto:info@ikms.de">info@ikms.de</a>  |
| Straße/Nr                  | Am Isarkanal 36                                 |
| PLZ/Ort                    | 81379 München                                   |
| Homepage                   | <a href="https://ikms.de/">https://ikms.de/</a> |

| Belegärztin oder Belegarzt |   |
|----------------------------|---|
| Funktion                   | leitender Arzt kardiologische Belegabteilung    |
| Titel, Vorname, Name       | Dr. med. Christoph Matt                         |
| Telefon                    | 089/72400-0                                     |
| E-Mail                     | <a href="mailto:info@ikms.de">info@ikms.de</a>  |
| Straße/Nr                  | Am Isarkanal 36                                 |
| PLZ/Ort                    | 81379 München                                   |
| Homepage                   | <a href="https://ikms.de/">https://ikms.de/</a> |

| Belegärztin oder Belegarzt |   |
|----------------------------|---|
| Funktion                   | leitender Arzt kardiologische Belegabteilung    |
| Titel, Vorname, Name       | PD Dr. med. Christian Seligmann                 |
| Telefon                    | 089/72400-0                                     |
| E-Mail                     | <a href="mailto:info@ikms.de">info@ikms.de</a>  |
| Straße/Nr                  | Am Isarkanal 36                                 |
| PLZ/Ort                    | 81379 München                                   |
| Homepage                   | <a href="https://ikms.de/">https://ikms.de/</a> |

| Belegärztin oder Belegarzt  |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Funktion</b>             | leitender Arzt kardiologische Belegabteilung    |
| <b>Titel, Vorname, Name</b> | Prof. Dr. med. Olaf Mühling                     |
| <b>Telefon</b>              | 089/72400-0                                     |
| <b>E-Mail</b>               | <a href="mailto:info@ikms.de">info@ikms.de</a>  |
| <b>Straße/Nr</b>            | Am Isarkanal 36                                 |
| <b>PLZ/Ort</b>              | 81379 München                                   |
| <b>Homepage</b>             | <a href="https://ikms.de/">https://ikms.de/</a> |

| Belegärztin oder Belegarzt  |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Funktion</b>             | leitende Ärztin kardiologische Belegabteilung   |
| <b>Titel, Vorname, Name</b> | Dr. med. Claudia Stautner-Brückmann             |
| <b>Telefon</b>              | 089/72400-0                                     |
| <b>E-Mail</b>               | <a href="mailto:info@ikms.de">info@ikms.de</a>  |
| <b>Straße/Nr</b>            | Am Isarkanal 36                                 |
| <b>PLZ/Ort</b>              | 81379 München                                   |
| <b>Homepage</b>             | <a href="https://ikms.de/">https://ikms.de/</a> |

## B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen     |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| <b>Zielvereinbarung gemäß DKG</b> | Keine Vereinbarung geschlossen |

## B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote   |
|------|--|
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten                                       |
| VR16 | Phlebographie  |
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit                                 |
| VI04 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren                |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)                                    |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes |
| VC06 | Defibrillatoreingriffe   |
| VC05 | Schrittmachereingriffe   |

|      |   |
|------|---|
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen         |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten |
| VR15 | Arteriographie  |

## B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen              |     |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 476 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0   |

## B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

## B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

## B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| OPS-Ziffer | Anzahl | Bezeichnung   |
|------------|--------|---|
| 1-275.0    | 101    | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen  |
| 1-275.2    | 21     | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel   |
| 1-275.3    | 6      | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung |
| 1-275.1    | 5      | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel  |
| 3-602      | 4      | Arteriographie des Aortenbogens   |

## B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-2.11 Personelle Ausstattung

### B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

**Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 5

Anzahl stationäre Fälle je Person: 95,2

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

| Nr.  | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ23 | Innere Medizin  |
| AQ28 | Innere Medizin und Kardiologie                                      |
| AQ24 | Innere Medizin und Angiologie                                       |

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung |
|------|----------------------|
| ZF28 | Notfallmedizin       |

**B-2.11.2 Pflegepersonal****Wochenarbeitszeit**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## B-3 Kardiologie

### B-3.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Kardiologie"

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung |                |
|---|----------------|
| Fachabteilungsschlüssel                                     | 0300           |
| Art   | Hauptabteilung |

#### Ärztliche Leitung

| Chefärztin oder Chefarzt |   |
|--------------------------|---|
| Funktion                 | Chefarzt Kardiologie  |
| Titel, Vorname, Name     | Prof. Dr. med. Thorsten Lewalter  |
| Telefon                  | 089/72400-4343  |
| E-Mail                   | <a href="mailto:kardiologie@ikms.de">kardiologie@ikms.de</a>  |
| Straße/Nr                | Am Isarkanal 36   |
| PLZ/Ort                  | 81379 München   |
| Homepage                 | <a href="https://www.osypka-herzzentrum-muenchen.de/">https://www.osypka-herzzentrum-muenchen.de/</a> |

| Chefärztin oder Chefarzt |   |
|--------------------------|---|
| Funktion                 | Chefarzt Kardiologie  |
| Titel, Vorname, Name     | PD Dr. med. Klaus Tiemann   |
| Telefon                  | 089/72400-4343  |
| E-Mail                   | <a href="mailto:kardiologie@ikms.de">kardiologie@ikms.de</a>  |
| Straße/Nr                | Am Isarkanal 36   |
| PLZ/Ort                  | 81379 München   |
| Homepage                 | <a href="https://www.osypka-herzzentrum-muenchen.de/">https://www.osypka-herzzentrum-muenchen.de/</a> |

### B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| Angaben zu Zielvereinbarungen |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG    | Keine Vereinbarung geschlossen |

### B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote   |
|------|--|
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)  |
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten   |
| VR15 | Arteriographie   |
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit   |
| VR24 | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren  |
| VR26 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung   |
| VR41 | Interventionelle Radiologie  |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen  |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ   |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen  |
| VC05 | Schrittmachereingriffe   |
| VA05 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse   |
| VR02 | Native Sonographie   |
| VR28 | Intraoperative Anwendung der Verfahren   |
| VI23 | Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) |
| VI39 | Physikalische Therapie   |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura   |
| VR12 | Computertomographie (CT), Spezialverfahren   |
| VA03 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva   |
| VR05 | Sonographie mit Kontrastmittel   |
| VA01 | Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde                                    |
| VR04 | Duplexsonographie  |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel  |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis   |
| VI42 | Transfusionsmedizin  |
| VA04 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers            |
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel   |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ  |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen   |
| VI20 | Intensivmedizin  |
| VI34 | Elektrophysiologie   |
| VA02 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita                  |
| VI38 | Palliativmedizin   |

|      |  |
|------|--|
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen  |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie   |
| VI04 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren        |
| VR44 | Teleradiologie   |
| VI05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten |
| VR16 | Phlebographie  |
| VR08 | Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung                                |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen                                 |

### B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen              |      |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 3260 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0    |

### B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

### B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

### B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>Ambulanzart</b> | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11) |
|--------------------|---|

|                    |                              |
|--------------------|------------------------------|
| <b>Ambulanzart</b> | Notfallambulanz (24h) (AM08) |
|--------------------|------------------------------|

|                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| <b>Ambulanzart</b> | Privatambulanz (AM07) |
|--------------------|-----------------------|

### B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| OPS-Ziffer | Anzahl | Bezeichnung   |
|------------|--------|---|
| 1-275.0    | 24     | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung:<br>Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen |

### B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

### B-3.11 Personelle Ausstattung

#### B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 21,32

Kommentar: Personal wird interdisziplinär eingesetzt

#### Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|-----------------|-------------------|---|
| Stationär       | 21,32             | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Ambulant        | 0                 |   |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|--------------------------|-------------------|---|
| Direkt                   | 21,32             | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Nicht Direkt             | 0                 |   |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 152,90807

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,31

Kommentar: Personal wird interdisziplinär eingesetzt

**Personal aufgeteilt nach:**

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|-----------------|-------------------|---|
| Stationär       | 10,31             | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Ambulant        | 0                 |   |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar                                 |
|--------------------------|-------------------|---|
| Direkt                   | 10,31             | Personal wird interdisziplinär eingesetzt |
| Nicht Direkt             | 0                 |   |

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 316,19787

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

| Nr.  | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar |
|------|---|-----------|
| AQ54 | Radiologie  |           |
| AQ23 | Innere Medizin  |           |
| AQ39 | Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie                | extern    |
| AQ55 | Radiologie, SP Kinderradiologie                                     |           |
| AQ28 | Innere Medizin und Kardiologie                                      |           |

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung               | Kommentar |
|------|------------------------------------|-----------|
| ZF15 | Intensivmedizin                    |           |
| ZF05 | Betriebsmedizin                    | extern    |
| ZF28 | Notfallmedizin                     |           |
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – |           |

**B-3.11.2 Pflegepersonal**

**Wochenarbeitszeit**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar |
|------|--|-----------|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches                            |           |
| PQ13 | Hygienefachkraft   | extern    |
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege                                   |           |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege                                 |           |
| PQ20 | Praxisanleitung  |           |

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

| Nr.  | Zusatzqualifikation |
|------|---------------------|
| ZP16 | Wundmanagement      |
| ZP08 | Kinästhetik         |

#### B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## C Qualitätssicherung

### C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

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

| Leistungsbereich  | Fallzahl | Dokumentationsrate (%)       | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses  |
|---|----------|------------------------------|--|
| Ambulant erworbene Pneumonie  | 419      | 100,0                        |  |
| Geburtshilfe  | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)  | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation   | 86       | 100,0                        |  |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel  | 20       | 100,0                        |  |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation                              | 11       | 100,0                        |  |
| Hüftendoprothesenversorgung   | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel                                    | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung   | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel  | 5        | 100,0                        |  |

| Leistungsbereich   | Fallzahl      | Dokumentationsrate (%)       | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses  |
|--|---------------|------------------------------|--|
| Implantierbare Defibrillatoren-Implantation  | 15            | 100,0                        |  |
| Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation                               | (Datenschutz) | (Datenschutz)                |  |
| Karotis-Revaskularisation  | (Datenschutz) | (Datenschutz)                |  |
| Knieendoprothesenversorgung  | 0             | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen | 0             | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel                    | 0             | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Mammachirurgie   | 0             | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Neonatologie   | 0             | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe  | 133           | 100,0                        |  |
| Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirurgie)  | 0             | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation                   | 0             | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation                    | 0             | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

| Leistungsbereich  | Fallzahl | Dokumentationsrate (%)       | Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses  |
|---|----------|------------------------------|--|
| Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation   | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen                         | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Leberlebendspende   | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation  | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation                        | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierenlebendspende  | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation               | 0        | — (vgl. Hinweis auf Seite 2) | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie   | 991      | 99,8                         |  |

**C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für: [— (vgl. Hinweis auf Seite 2)]**

**I. Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt**

**I.A Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden**

| Leistungsbereich                      | Herzschrittmacher-Implantation  |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators            | Dosis-Flächen-Produkt   |
| Ergebnis-ID                           | 101800  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis                | 1,31  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit                       | 85  |
| Beobachtete Ereignisse                | 10  |
| Erwartete Ereignisse                  | 7,66  |

| Leistungsbereich  | Herzschrittmacher-Implantation   |
|---|----------------------------------|
| Bezeichnung des Indikators  | Dosis-Flächen-Produkt            |
| Ergebnis-ID   | 101800                           |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,87                             |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 3,44 (95. Perzentil)          |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,85 - 0,89                      |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,72 - 2,25                      |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)     |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)     |

| Leistungsbereich  | Herzschrittmacher-Implantation  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)   |
| Ergebnis-ID   | 101801  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,05%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | ≤ 2,60 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,98 - 1,13%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Herzschrittmacher-Implantation   |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden   |
| Ergebnis-ID   | 101802   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 72,15  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | 79   |
| Beobachtete Ereignisse  | 57   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 55,05%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 54,68 - 55,41%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 61,42 - 80,83%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Herzschrittmacher-Implantation   |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators  | Leitlinienkonforme Indikation  |
| Ergebnis-ID   | 101803   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). 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. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 96,47  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)  |
| Grundgesamtheit   | 85   |
| Beobachtete Ereignisse  | 82   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 94,19%   |

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Herzschrittmacher-Implantation</b> |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Leitlinienkonforme Indikation</b>  |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>101803</b>                         |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 90,00 %                            |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 94,02 - 94,36%                        |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 90,13 - 98,79%                        |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)          |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)          |

| Leistungsbereich  | Herzschrittmacher-Implantation   |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators  | Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen  |
| Ergebnis-ID   | 2190   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)  |
| Grundgesamtheit   | 183  |
| Beobachtete Ereignisse  | 0  |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,03%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | Sentinel Event   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,02 - 0,04%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 4,19%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Leistungsbereich</b>           | <b>Herzschrittmacher-Implantation</b>  |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b> | <b>Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</b>   |
| <b>Ergebnis-ID</b>                | <b>2194</b>  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG          | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implan-tation gebracht werden können.</p> |
| <b>Rechnerisches Ergebnis</b>     | <b>1,52</b>  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Herzschrittmacher-Implantation</b>  |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>2194</b>  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)          |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,01   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\leq 2,77$ (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,97 - 1,04  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,38 - 3,93  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich                | Herzschrittmacher-Implantation  |
|---------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators      | Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres  |
| Ergebnis-ID                     | 2195  |
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implan-tation gebracht werden können.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis          | 7,68  |

| Leistungsbereich  | Herzschrittmacher-Implantation  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres                |
| Ergebnis-ID   | 2195  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit (H20) |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,04  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\leq 6,14$ (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,90 - 1,19   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,44 - 33,78  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                      | Herzschrittmacher-Implantation   |
|---------------------------------------|--|
| Bezeichnung des Indikators            | Sterblichkeit im Krankenhaus   |
| Ergebnis-ID                           | 51191  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis                | 3,72   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)  |
| Grundgesamtheit                       | 86   |
| Beobachtete Ereignisse                | 4  |
| Erwartete Ereignisse                  | 1,07   |

| Leistungsbereich  | Herzschrittmacher-Implantation   |
|---|----------------------------------|
| Bezeichnung des Indikators  | Sterblichkeit im Krankenhaus     |
| Ergebnis-ID   | 51191                            |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,11                             |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 4,29 (95. Perzentil)          |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,05 - 1,18                      |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 1,46 - 9,09                      |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)     |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)     |

| Leistungsbereich  | Herzschrittmacher-Implantation  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln  |
| Ergebnis-ID   | 52139   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 96,19   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 105   |
| Beobachtete Ereignisse  | 101   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 88,94%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 60,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 88,73 - 89,15%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 90,61 - 98,51%  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                      | Herzschrittmacher-Implantation   |
|---------------------------------------|--|
| Bezeichnung des Indikators            | Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen  |
| Ergebnis-ID                           | 52305  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fall-zahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen.<br/> Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)            | 96,35  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)  |
| Grundgesamtheit                       | 301  |
| Beobachtete Ereignisse                | 290  |
| Erwartete Ereignisse                  |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Herzschrittmacher-Implantation</b>  |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>52305</b>   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 95,31%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\geq 90,00\%$   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 95,23 - 95,39%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 93,58 - 97,95%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Herzschrittmacher-Implantation  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Sondendislokation oder -dysfunktion   |
| Ergebnis-ID   | 52311   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,59%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 3,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,50 - 1,68%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Herzschrittmacher-Implantation  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Leitlinienkonforme Systemwahl   |
| Ergebnis-ID   | 54140   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). 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. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 98,67   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 75  |
| Beobachtete Ereignisse  | 74  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Herzschrittmacher-Implantation</b> |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Leitlinienkonforme Systemwahl</b>  |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>54140</b>                          |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 98,53%                                |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 90,00 %                            |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 98,43 - 98,62%                        |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 92,83 - 99,76%                        |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)          |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)          |

| Leistungsbereich  | Herzschrittmacher-Implantation  |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Systeme 1. Wahl   |
| Ergebnis-ID   | 54141   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. 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. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 93,33   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit   | 75  |
| Beobachtete Ereignisse  | 70  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Herzschrittmacher-Implantation</b> |
| <b>Bezeichnung der Kennzahl</b>   | <b>Systeme 1. Wahl</b>                |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>54141</b>                          |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)          |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 96,65%                                |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt                      |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 96,51 - 96,78%                        |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 85,32 - 97,12%                        |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)          |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)          |

| Leistungsbereich  | Herzschrittmacher-Implantation   |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Systeme 2. Wahl  |
| Ergebnis-ID   | 54142  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. 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. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Herzschrittmacher-Implantation</b> |
| <b>Bezeichnung der Kennzahl</b>   | <b>Systeme 2. Wahl</b>                |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>54142</b>                          |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)          |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,1%                                  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt                      |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,07 - 0,12%                          |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)          |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)          |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)          |

| Leistungsbereich  | Herzschrittmacher-Implantation  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Systeme 3. Wahl   |
| Ergebnis-ID   | 54143   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. 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. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Herzschrittmacher-Implantation</b> |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Systeme 3. Wahl</b>                |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>54143</b>                          |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                     | eingeschränkt/nicht vergleichbar      |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,78%                                 |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 10,00 %                            |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,68 - 1,88%                          |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)          |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)          |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)          |

| Leistungsbereich  | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel   |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)   |
| Ergebnis-ID   | 111801  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 20  |
| Beobachtete Ereignisse  | 0   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,24%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | ≤ 2,30 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,18 - 0,33%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 16,11%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                      | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel  |
|---------------------------------------|--|
| Bezeichnung des Indikators            | Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden  |
| Ergebnis-ID                           | 52307  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitäts-index. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)            | 96,59  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)  |
| Grundgesamtheit                       | 88   |
| Beobachtete Ereignisse                | 85   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Herzschrittmacher-Aggregatwechsel</b>   |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>52307</b>   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 98,31%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\geq 95,00 \%$  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 98,21 - 98,41%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 90,45 - 98,83%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation   |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)   |
| Ergebnis-ID   | 121800  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 11  |
| Beobachtete Ereignisse  | 0   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,06%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | ≤ 3,10 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,87 - 1,27%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 25,88%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                      | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation   |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators            | Sterblichkeit im Krankenhaus  |
| Ergebnis-ID                           | 51404   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis                | 9,93  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit (H20)   |
| Grundgesamtheit                       | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse                | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse                  |   |

| Leistungsbereich  | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Sterblichkeit im Krankenhaus                            |
| Ergebnis-ID   | 51404   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar                        |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar                        |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,03  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 5,20 (95. Perzentil)                                 |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,89 - 1,20   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 1,77 - 41,21  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)                            |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)                            |

| Leistungsbereich  | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation   |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden  |
| Ergebnis-ID   | 52315   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 7   |
| Beobachtete Ereignisse  | 0   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,02%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | ≤ 3,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,81 - 1,29%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 35,43%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                      | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation  |
|---------------------------------------|--|
| Bezeichnung des Indikators            | Dosis-Flächen-Produkt  |
| Ergebnis-ID                           | 131801   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis                | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)  |
| Grundgesamtheit                       | 14   |
| Beobachtete Ereignisse                | 0  |
| Erwartete Ereignisse                  | 1,44   |

| Leistungsbereich  | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Dosis-Flächen-Produkt                       |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>131801</b>                               |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar            |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar            |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,93  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 2,72 (95. Perzentil)                     |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,89 - 0,97                                 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 2,10                                 |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)                |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)                |

| Leistungsbereich  | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation   |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)   |
| Ergebnis-ID   | 131802  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 15  |
| Beobachtete Ereignisse  | 0   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,94%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | ≤ 2,50 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,82 - 1,08%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 20,39%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation  |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden   |
| Ergebnis-ID   | 131803   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 50,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | 14   |
| Beobachtete Ereignisse  | 7  |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 55,27%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 54,58 - 55,95%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 26,80 - 73,20%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Leistungsbereich</b>           | <b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>   |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b> | <b>Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</b>   |
| <b>Ergebnis-ID</b>                | <b>132001</b>  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG          | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implan-tation gebracht werden können.</p> |
| <b>Rechnerisches Ergebnis</b>     | <b>0,00</b>  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>   |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>132001</b>  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)          |
| Grundgesamtheit   | 6  |
| Beobachtete Ereignisse  | 0  |
| Erwartete Ereignisse  | 0,32   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,97   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\leq 2,63$ (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,90 - 1,04  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 11,58   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich                | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation   |
|---------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators      | Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres  |
| Ergebnis-ID                     | 132002  |
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implan-tation gebracht werden können.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis          | 0,00  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>  |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</b>             |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>132002</b>   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10) |
| Grundgesamtheit   | 6   |
| Beobachtete Ereignisse  | 0   |
| Erwartete Ereignisse  | 0,08  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,9   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\leq 3,80$ (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,78 - 1,03   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 47,11  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                      | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation   |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators            | Leitlinienkonforme Systemwahl   |
| Ergebnis-ID                           | 50005   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods 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 Studien 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 Ventricular 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.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)            | 100,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit                       | 15  |
| Beobachtete Ereignisse                | 15  |
| Erwartete Ereignisse                  |   |

| Leistungsbereich  | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Leitlinienkonforme Systemwahl               |
| Ergebnis-ID   | 50005                                       |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar            |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar            |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 96,82%                                      |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\geq 90,00\%$                              |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 96,58 - 97,05%                              |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 79,61 - 100,00%                             |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)                |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)                |

| Leistungsbereich                      | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation   |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators            | Leitlinienkonforme Indikation   |
| Ergebnis-ID                           | 50055   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Die Indikation zur Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods 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 Studien 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 Ventricular 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.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)            | 93,33   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit                       | 15  |
| Beobachtete Ereignisse                | 14  |
| Erwartete Ereignisse                  |   |

| Leistungsbereich  | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Leitlinienkonforme Indikation               |
| Ergebnis-ID   | 50055                                       |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar            |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar            |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 91,75%                                      |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\geq 90,00\%$                              |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 91,37 - 92,11%                              |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 70,18 - 98,81%                              |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)                |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)                |

| Leistungsbereich                      | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation  |
|---------------------------------------|--|
| Bezeichnung des Indikators            | Sterblichkeit im Krankenhaus   |
| Ergebnis-ID                           | 51186  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis                | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)  |
| Grundgesamtheit                       | 15   |
| Beobachtete Ereignisse                | 0  |
| Erwartete Ereignisse                  | 0,06   |

| Leistungsbereich  | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Sterblichkeit im Krankenhaus                |
| Ergebnis-ID   | 51186                                       |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar            |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar            |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,05  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 6,96 (95. Perzentil)                     |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,89 - 1,24                                 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 47,18                                |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)                |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)                |

| Leistungsbereich  | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation   |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln  |
| Ergebnis-ID   | 52131   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 100,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 19  |
| Beobachtete Ereignisse  | 19  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 91,04%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 60,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 90,71 - 91,35%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 83,18 - 100,00%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                      | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation  |
|---------------------------------------|--|
| Bezeichnung des Indikators            | Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen  |
| Ergebnis-ID                           | 52316  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen.<br/> 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.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)            | 97,92  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)  |
| Grundgesamtheit                       | 48   |
| Beobachtete Ereignisse                | 47   |
| Erwartete Ereignisse                  |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>                                 |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>52316</b>   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 96,17%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\geq 90,00\%$   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 96,02 - 96,31%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 89,10 - 99,63%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation   |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Sondendislokation oder -dysfunktion   |
| Ergebnis-ID   | 52325   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 14  |
| Beobachtete Ereignisse  | 0   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,83%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 3,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,71 - 0,97%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 21,53%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)   |
| Ergebnis-ID   | 141800  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 5   |
| Beobachtete Ereignisse  | 0   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,23%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | ≤ 3,80 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,15 - 0,34%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 43,45%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                      | <b>Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel</b>   |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators            | <b>Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden</b>  |
| Ergebnis-ID                           | <b>52321</b>  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>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 einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen.<br/> Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)            | 100,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit                       | 24  |
| Beobachtete Ereignisse                | 24  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel</b>                                |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>52321</b>   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 98,78%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\geq 95,00 \%$  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 98,69 - 98,87%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 86,20 - 100,00%  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation   |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators  | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)  |
| Ergebnis-ID   | 151800   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)  |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,41%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 2,90 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,17 - 1,69%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |



| Leistungsbereich                      | Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation  |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators            | Sterblichkeit im Krankenhaus  |
| Ergebnis-ID                           | 51196   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis                | 12,18   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit (H20)   |
| Grundgesamtheit                       | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse                | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse                  |   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b> |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>   |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>51196</b>  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,19  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 4,92 (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,03 - 1,38   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 2,25 - 28,95  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation   |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators  | Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden   |
| Ergebnis-ID   | 52324  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)  |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,64%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 3,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,46 - 0,88%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |



| Leistungsbereich                      | Karotis-Revaskularisation  |
|---------------------------------------|--|
| Bezeichnung des Indikators            | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen- chirurgisch  |
| Ergebnis-ID                           | 11704  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis                | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01)  |
| Grundgesamtheit                       | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse                | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse                  |  |

| Leistungsbereich  | Karotis-Revaskularisation   |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen- chirurgisch |
| Ergebnis-ID   | 11704   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,99  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 2,86 (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,91 - 1,07   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                      | Karotis-Revaskularisation   |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung der Kennzahl              | Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen- chirurgisch   |
| Ergebnis-ID                           | 11724   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis                | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit                       | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse                | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse                  |   |

| Leistungsbereich  | Karotis-Revaskularisation   |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen- chirurgisch |
| Ergebnis-ID   | 11724   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,02  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,92 - 1,15   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Karotis-Revaskularisation   |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit  |
| Ergebnis-ID   | 161800  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 2,99%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 5,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,94 - 4,57%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |



| Leistungsbereich  | Karotis-Revaskularisation  |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators  | Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose -<br>kathetergestützt   |
| Ergebnis-ID   | 51437  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)  |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 97,75%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 95,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 97,13 - 98,24%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Karotis-Revaskularisation  |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators  | Indikation bei symptomatischer Karotisstenose -<br>kathetergestützt  |
| Ergebnis-ID   | 51443  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01)  |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 99,17%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 95,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 98,69 - 99,47%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Karotis-Revaskularisation  |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt   |
| Ergebnis-ID   | 51445  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 2,02%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,53 - 2,67%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |



| Leistungsbereich  | Karotis-Revaskularisation  |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt   |
| Ergebnis-ID   | 51448  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 2,12%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,12 - 3,98%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |



| Leistungsbereich  | Karotis-Revaskularisation  |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen- chirurgisch   |
| Ergebnis-ID   | 51859  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 2,98%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 2,63 - 3,36%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |



| Leistungsbereich  | Karotis-Revaskularisation  |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt   |
| Ergebnis-ID   | 51860  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 3,94%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 3,20 - 4,84%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |



| Leistungsbereich                      | Karotis-Revaskularisation   |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung der Kennzahl              | Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt   |
| Ergebnis-ID                           | 51865   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis                | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit                       | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse                | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse                  |   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Karotis-Revaskularisation</b>   |
| <b>Bezeichnung der Kennzahl</b>   | <b>Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>51865</b>   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,14   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,00 - 1,29  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 125,98  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich                      | Karotis-Revaskularisation   |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators            | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt   |
| Ergebnis-ID                           | 51873   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis                | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit                       | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse                | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse                  |   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Karotis-Revaskularisation</b>   |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>51873</b>   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,09   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 2,80 (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,97 - 1,22  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 43,75   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Karotis-Revaskularisation  |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators  | <b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offenchirurgischer Karotis- Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation</b>  |
| Ergebnis-ID   | <b>52240</b>   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01)  |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 6,98%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | Sentinel Event   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 4,04 - 11,80%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>                 | <b>Karotis-Revaskularisation</b>   |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>       | <b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis- Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>                      | <b>52240</b>   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Karotis-Revaskularisation   |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch  |
| Ergebnis-ID   | 603   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 99,07%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\geq 95,00 \%$   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 98,88 - 99,22%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Karotis-Revaskularisation   |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch   |
| Ergebnis-ID   | 604   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 99,73%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\geq 95,00 \%$   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 99,59 - 99,82%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Karotis-Revaskularisation  |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch  |
| Ergebnis-ID   | 605  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,24%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,05 - 1,47%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |



| Leistungsbereich  | Karotis-Revaskularisation  |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch  |
| Ergebnis-ID   | 606  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 2,39%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,73 - 3,29%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie   |
| Ergebnis-ID   | 2005  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 99,05   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 419   |
| Beobachtete Ereignisse  | 415   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 98,77%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\geq 95,00 \%$   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 98,73 - 98,81%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 97,57 - 99,63%  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie   |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)  |
| Ergebnis-ID   | 2006   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 99,03  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | 411  |
| Beobachtete Ereignisse  | 407  |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 98,83%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 98,79 - 98,87%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 97,52 - 99,62%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie   |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)  |
| Ergebnis-ID   | 2007   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 100,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | 8  |
| Beobachtete Ereignisse  | 8  |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 97,54%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 97,25 - 97,81%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 67,56 - 100,00%  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie   |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators  | Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme   |
| Ergebnis-ID   | 2009   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 88,94  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit (H20)  |
| Grundgesamtheit   | 226  |
| Beobachtete Ereignisse  | 201  |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 93,21%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 90,00 %   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 93,08 - 93,34%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 84,18 - 92,39%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich</b>                 | <b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>                 |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>       | <b>Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>                      | <b>2009</b>   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)                        |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Frühmobilisation nach Aufnahme  |
| Ergebnis-ID   | 2013  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 92,31   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 208   |
| Beobachtete Ereignisse  | 192   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 92,64%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 90,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 92,49 - 92,79%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 87,87 - 95,21%  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung  |
| Ergebnis-ID   | 2028  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 98,76   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 242   |
| Beobachtete Ereignisse  | 239   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 96,49%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\geq 95,00 \%$   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 96,41 - 96,58%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 96,42 - 99,58%  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie   |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung   |
| Ergebnis-ID   | 2036   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 99,58  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | 239  |
| Beobachtete Ereignisse  | 238  |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 98,68%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 98,62 - 98,73%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 97,67 - 99,93%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie   |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)   |
| Ergebnis-ID   | 231900   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 13,93  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | 244  |
| Beobachtete Ereignisse  | 34   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 15,52%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 15,35 - 15,69%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 10,15 - 18,84%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich</b>                 | <b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>   |
| <b>Bezeichnung der Kennzahl</b>         | <b>Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>                      | <b>231900</b>   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)   |
| Ergebnis-ID   | 232000_2005   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 99,18   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit   | 244   |
| Beobachtete Ereignisse  | 242   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 98,68%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 98,63 - 98,73%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 97,06 - 99,77%  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>                 | <b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>  |
| <b>Bezeichnung der Kennzahl</b>         | <b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>                      | <b>232000_2005</b>   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)   |
| Ergebnis-ID   | 232001_2006   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 99,15   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit   | 236   |
| Beobachtete Ereignisse  | 234   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 98,75%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 98,69 - 98,80%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 96,96 - 99,77%  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>                 | <b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>  |
| <b>Bezeichnung der Kennzahl</b>         | <b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>                      | <b>232001_2006</b>   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)   |
| Ergebnis-ID   | 232002_2007   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 100,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit   | 8   |
| Beobachtete Ereignisse  | 8   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 96,86%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 96,41 - 97,26%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 67,56 - 100,00%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>                        | <b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>  |
| <b>Bezeichnung der Kennzahl</b>                | <b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>                             | <b>232002_2007</b>   |
| <b>Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses</b> | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID- 19-Fälle)  |
| Ergebnis-ID   | 232003_2009   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 72,26   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit   | 393   |
| Beobachtete Ereignisse  | 284   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 83,04%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 82,89 - 83,19%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 67,64 - 76,46%  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle)   |
| Ergebnis-ID   | 232004_2013   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 91,67   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit   | 132   |
| Beobachtete Ereignisse  | 121   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 92,7%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 92,52 - 92,87%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 85,69 - 95,28%  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>                 | <b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>                          |
| <b>Bezeichnung der Kennzahl</b>         | <b>Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle)</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>                      | <b>232004_2013</b>   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)                                 |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie   |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)   |
| Ergebnis-ID   | 232005_2028  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 97,84  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | 139  |
| Beobachtete Ereignisse  | 136  |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 95,89%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 95,77 - 96,00%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 93,85 - 99,26%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich</b>                 | <b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>   |
| <b>Bezeichnung der Kennzahl</b>         | <b>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>                      | <b>232005_2028</b>  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19- Fälle)   |
| Ergebnis-ID   | 232006_2036   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 100,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit   | 136   |
| Beobachtete Ereignisse  | 136   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 98,64%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 98,57 - 98,71%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 97,25 - 100,00%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>                 | <b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>  |
| <b>Bezeichnung der Kennzahl</b>         | <b>Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19- Fälle)</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>                      | <b>232006_2036</b>   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie   |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)  |
| Ergebnis-ID   | 232007_50778   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis  | 1,04   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | 399  |
| Beobachtete Ereignisse  | 39   |
| Erwartete Ereignisse  | 37,43  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,02   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,00 - 1,03  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,77 - 1,39  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie   |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert und inkl. COVID-19-Fälle)   |
| Ergebnis-ID   | 232008_231900  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 14,08  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | 419  |
| Beobachtete Ereignisse  | 59   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 17,06%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 16,92 - 17,20%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 11,08 - 17,74%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle)   |
| Ergebnis-ID   | 232009_50722  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 97,06   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit   | 238   |
| Beobachtete Ereignisse  | 231   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 96,71%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 96,63 - 96,79%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 94,05 - 98,57%  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>                 | <b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>                                    |
| <b>Bezeichnung der Kennzahl</b>         | <b>Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle)</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>                      | <b>232009_50722</b>  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)   |
| Ergebnis-ID   | 232010_50778  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Bei der Berechnung wurden ausschließlich Fälle berücksichtigt, für die COVID-19 dokumentiert wurde.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,96  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit   | 167   |
| Beobachtete Ereignisse  | 17  |
| Erwartete Ereignisse  | 17,70   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,02  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,00 - 1,03   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,61 - 1,48   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>                 | <b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>                      |
| <b>Bezeichnung der Kennzahl</b>         | <b>Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>                      | <b>232010_50778</b>                                      |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)                             |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme  |
| Ergebnis-ID   | 50722   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 96,37   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 413   |
| Beobachtete Ereignisse  | 398   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 96,76%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | >= 95,00 %  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 96,69 - 96,82%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 94,09 - 97,79%  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                      | Ambulant erworbene Pneumonie  |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators            | Sterblichkeit im Krankenhaus  |
| Ergebnis-ID                           | 50778   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> <p>Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> |
| Rechnerisches Ergebnis                | 1,12  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit                       | 232   |

| Leistungsbereich  | Ambulant erworbene Pneumonie     |
|---|----------------------------------|
| Bezeichnung des Indikators  | Sterblichkeit im Krankenhaus     |
| Ergebnis-ID   | 50778                            |
| Beobachtete Ereignisse  | 22                               |
| Erwartete Ereignisse  | 19,73                            |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,02                             |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\leq 1,98$ (95. Perzentil)      |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,00 - 1,03                      |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,75 - 1,64                      |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)     |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)     |

| Leistungsbereich                      | Pflege: Dekubitusprophylaxe   |
|---------------------------------------|---|
| Bezeichnung des Indikators            | Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)   |
| Ergebnis-ID                           | 52009   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG              | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis                | 0,35  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit                       | 6215  |
| Beobachtete Ereignisse                | 13  |
| Erwartete Ereignisse                  | 37,07   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>   |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>52009</b>   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1,05   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 2,32 (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 1,04 - 1,06  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,21 - 0,60  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | <b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>   |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators  | <b>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</b>   |
| Ergebnis-ID   | <b>52010</b>   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)  |
| Grundgesamtheit   | 6215   |
| Beobachtete Ereignisse  | 0  |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | Sentinel Event   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,00 - 0,00%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 0,06%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Pflege: Dekubitusprophylaxe  |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3   |
| Ergebnis-ID   | 521801   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,06%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,06 - 0,06%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Pflege: Dekubitusprophylaxe  |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl  | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2   |
| Ergebnis-ID   | 52326  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,16   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit   | 6215   |
| Beobachtete Ereignisse  | 10   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,33%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | nicht festgelegt   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,33 - 0,33%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,09 - 0,30%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>   |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie</b>  |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>56000</b>   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 63,24  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)  |
| Grundgesamtheit   | 68   |
| Beobachtete Ereignisse  | 43   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 59,74%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\geq 29,31$ % (5. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 59,52 - 59,96%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 51,36 - 73,70%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich</b>                 | <b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>  |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>       | <b>Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>                      | <b>56000</b>  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | <b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | <b>Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund</b>  |
| Ergebnis-ID   | <b>56001</b>  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 26,85   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 108   |
| Beobachtete Ereignisse  | 29  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 31,26%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 56,95 % (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 31,05 - 31,47%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 19,39 - 35,90%  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>   |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>""Door-to-balloon""-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt"</b>   |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>56003</b>   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 66,67  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)  |
| Grundgesamtheit   | 39   |
| Beobachtete Ereignisse  | 26   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 72,59%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\geq 45,16\%$ (5. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 72,11 - 73,07%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 50,98 - 79,37%   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>                        | <b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>                                 |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>              | <b>""Door-to-balloon""-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt"</b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>                             | <b>56003</b>   |
| <b>Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses</b> | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich  | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie  |
|---|--|
| Bezeichnung des Indikators  | ""Door""-Zeitpunkt oder ""Balloon""-Zeitpunkt unbekannt"   |
| Ergebnis-ID   | 56004  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)  |
| Grundgesamtheit   | entfällt   |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt   |
| Erwartete Ereignisse  |  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert  |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 4,21%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 18,98 % (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 4,01 - 4,43%   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |



| Leistungsbereich  | <b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | <b>Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm<sup>2</sup></b>   |
| Ergebnis-ID   | <b>56005</b>  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,45  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 372   |
| Beobachtete Ereignisse  | 22  |
| Erwartete Ereignisse  | 372,00  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,91  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>                              |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm<sup>2</sup></b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>56005</b>  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 2,15 (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,90 - 0,92   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,30 - 0,67   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>  |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Isolierte PCI mit Dosis-Flächen- Produkt über 4.800 cGy x cm<sup>2</sup></b>   |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>56006</b>  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 1   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>              |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Isolierte PCI mit Dosis-Flächen- Produkt über 4.800 cGy x cm<sup>2</sup></b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>56006</b>  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 2,31 (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,97 - 1,02   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 8,28   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | <b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | <b>Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen- Produkt über 5.500 cGy x cm<sup>2</sup></b>   |
| Ergebnis-ID   | <b>56007</b>  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br/> <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,16  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 601   |
| Beobachtete Ereignisse  | 19  |
| Erwartete Ereignisse  | 601,00  |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,93  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>              |
| <b>Bezeichnung des Indikators</b>   | <b>Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen- Produkt über 5.500 cGy x cm<sup>2</sup></b> |
| <b>Ergebnis-ID</b>  | <b>56007</b>  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 2,06 (95. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,92 - 0,94   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,11 - 0,25   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | <b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | <b>Dosis-Flächen-Produkt unbekannt</b>  |
| Ergebnis-ID   | <b>56008</b>  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 2,69  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Unvollzählige oder falsche Dokumentation (D80)  |
| Grundgesamtheit   | 1002  |
| Beobachtete Ereignisse  | 27  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | verschlechtert  |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 0,39%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\leq 0,83\%$ (90. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,38 - 0,41%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 1,86 - 3,89%  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | <b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | <b>Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml</b>   |
| Ergebnis-ID   | <b>56009</b>  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 17,94   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert) (U61)  |
| Grundgesamtheit   | 379   |
| Beobachtete Ereignisse  | 68  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 5,23%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 11,57 % (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 5,16 - 5,29%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 14,41 - 22,12%  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie   |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml   |
| Ergebnis-ID   | 56010   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 0,00  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | entfällt  |
| Beobachtete Ereignisse  | entfällt  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 19,05%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 44,93 % (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 18,56 - 19,55%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie   |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml   |
| Ergebnis-ID   | 56011   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 25,76   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 621   |
| Beobachtete Ereignisse  | 160   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 12,37%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 27,44 % (95. Perzentil)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 12,25 - 12,50%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 22,48 - 29,35%  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | <b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>  |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | <b>Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt</b>  |
| Ergebnis-ID   | <b>56014</b>  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 93,88   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 49  |
| Beobachtete Ereignisse  | 46  |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 92,88%  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\geq 85,36$ % (5. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 92,63 - 93,13%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 83,48 - 97,90%  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich  | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie   |
|---|---|
| Bezeichnung des Indikators  | Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI   |
| Ergebnis-ID   | 56016   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:<br><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a> |
| Rechnerisches Ergebnis (%)  | 96,47   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                       | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich (R10)   |
| Grundgesamtheit   | 623   |
| Beobachtete Ereignisse  | 601   |
| Erwartete Ereignisse  |   |
| Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert   |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr                                       | unverändert   |
| Ergebnis auf Bundesebene  | 94,5%   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | $\geq 89,23$ % (5. Perzentil)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 94,41 - 94,58%  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 94,71 - 97,66%  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                     | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

## C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-3            Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-  
Programmen (DMP) nach § 137f SGB V**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-4            Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden  
Qualitätssicherung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-5            Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1  
Satz 1 Nummer 2 SGB V**

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

**C-5.1           Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-5.2           Angaben zum Prognosejahr****C-5.2.1        Leistungsberechtigung für das Prognosejahr**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-5.2.1.a     Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der  
Krankenkassen und der Ersatzkassen**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-5.2.1.b     Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-5.2.1.c     Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde  
zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5  
SGB V)**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**C-6            Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136  
Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

| Nr.   | Fortbildungsverpflichteter Personenkreis   | Anzahl (Personen) |
|-------|--|-------------------|
| 1     | Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) | 19                |
| 1.1   | - Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen   | 12                |
| 1.1.1 | - Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben  | 12                |

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Pflegesensitiver Bereich | Station         | Schicht      | Monatsbezogener Erfüllungsgrad | Ausnahmetatbestände |
|--------------------------|-----------------|--------------|--------------------------------|---------------------|
| Kardiologie              | Station 2C      | Tagschicht   | 0,00%                          | 1                   |
| Kardiologie              | Station 2C      | Nachtschicht | 100,00%                        | 0                   |
| Kardiologie              | KAR 3           | Tagschicht   | 100,00%                        | 0                   |
| Kardiologie              | KAR 3           | Nachtschicht | 100,00%                        | 0                   |
| Kardiologie              | KAR 2           | Nachtschicht | 100,00%                        | 0                   |
| Kardiologie              | KAR 2           | Tagschicht   | 100,00%                        | 0                   |
| Kardiologie              | IMC             | Nachtschicht | 100,00%                        | 0                   |
| Kardiologie              | IMC             | Tagschicht   | 100,00%                        | 0                   |
| Kardiologie              | Aufnahmestation | Nachtschicht | 100,00%                        | 0                   |
| Kardiologie              | Aufnahmestation | Tagschicht   | 100,00%                        | 0                   |
| Intensivmedizin          | Intensiv        | Nachtschicht | 100,00%                        | 0                   |
| Intensivmedizin          | Intensiv        | Tagschicht   | 100,00%                        | 3                   |

### C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht      | Schichtbezogener Erfüllungsgrad |
|--------------------------|---------|--------------|---------------------------------|
| Kardiologie              | KAR 3   | Nachtschicht | 90,00%                          |
| Kardiologie              | KAR 2   | Nachtschicht | 81,67%                          |
| Kardiologie              | KAR 2   | Tagschicht   | 91,67%                          |

|                      |                 |              |         |
|----------------------|-----------------|--------------|---------|
| Kardiologie          | IMC             | Nachtschicht | 86,67%  |
| Kardiologie          | IMC             | Tagschicht   | 95,00%  |
| Kardiologie          | Aufnahmestation | Nachtschicht | 90,00%  |
| Kardiologie          | Aufnahmestation | Tagschicht   | 88,33%  |
| Intensiv-<br>medizin | Intensiv        | Nachtschicht | 100,00% |
| Intensiv-<br>medizin | Intensiv        | Tagschicht   | 97,18%  |
| Kardiologie          | Station 2C      | Tagschicht   | 41,67%  |
| Kardiologie          | KAR 3           | Tagschicht   | 95,00%  |
| Kardiologie          | Station 2C      | Nachtschicht | 33,33%  |

- **Anhang**

| <b>Diagnosen zu B-1.6</b> |                 |  |
|---------------------------|-----------------|--|
| <b>ICD-Ziffer</b>         | <b>Fallzahl</b> | <b>Bezeichnung</b>   |
| J12.8                     | 159             | Pneumonie durch sonstige Viren   |
| N39.0                     | 113             | Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet   |
| J15.9                     | 90              | Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet  |
| E86                       | 84              | Volumenmangel  |
| J18.9                     | 72              | Pneumonie, nicht näher bezeichnet  |
| J69.0                     | 60              | Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes   |
| I50.01                    | 48              | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz   |
| A09.9                     | 47              | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs  |
| K21.0                     | 41              | Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis  |
| J22                       | 39              | Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet   |
| K70.3                     | 36              | Alkoholische Leberzirrhose   |
| F19.0                     | 32              | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch] |
| A41.9                     | 28              | Sepsis, nicht näher bezeichnet   |
| J44.09                    | 28              | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet                                      |
| J44.10                    | 28              | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes                                  |
| E11.91                    | 26              | Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet  |
| F10.0                     | 26              | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]   |
| K21.9                     | 25              | Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis   |
| J20.9                     | 24              | Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet   |
| J44.12                    | 23              | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 ≥50 % und <70 % des Sollwertes                        |
| B99                       | 22              | Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten   |
| J44.19                    | 22              | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet                                |
| E11.61                    | 21              | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet  |
| T78.3                     | 21              | Angioneurotisches Ödem   |
| A49.9                     | 20              | Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet  |
| K25.0                     | 20              | Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung  |
| K29.1                     | 20              | Sonstige akute Gastritis   |
| E87.1                     | 18              | Hypoosmolalität und Hyponatriämie  |
| K92.1                     | 18              | Meläna   |
| J44.00                    | 17              | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes  |
| J45.9                     | 17              | Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet  |
| R11                       | 17              | Übelkeit und Erbrechen   |
| R55                       | 17              | Synkope und Kollaps  |

## Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung  |
|------------|----------|--|
| A46        | 16       | Erysipel [Wundrose]  |
| J44.11     | 16       | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes |
| K26.0      | 16       | Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung   |
| K81.0      | 16       | Akute Cholezystitis  |
| D50.9      | 14       | Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet  |
| J44.02     | 14       | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 $\geq$ 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes       |
| K92.0      | 14       | Hämatemesis  |
| A04.70     | 13       | Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen  |
| A09.0      | 13       | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs   |
| J84.1      | 13       | Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose  |
| K29.6      | 13       | Sonstige Gastritis   |
| K57.32     | 13       | Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung  |
| I26.9      | 12       | Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale   |
| J10.1      | 12       | Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen   |
| K59.09     | 12       | Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation   |
| N17.93     | 12       | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3   |
| J44.01     | 11       | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 $\geq$ 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes       |
| K29.0      | 11       | Akute hämorrhagische Gastritis   |
| K56.6      | 11       | Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion   |
| D64.9      | 10       | Anämie, nicht näher bezeichnet   |
| F10.3      | 10       | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom   |
| J15.2      | 10       | Pneumonie durch Staphylokokken   |
| J18.1      | 10       | Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet   |
| I50.13     | 9        | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung  |
| J16.0      | 9        | Pneumonie durch Chlamydien   |
| K57.31     | 9        | Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung  |
| K63.5      | 9        | Polyp des Kolons   |
| K80.00     | 9        | Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion  |
| B34.8      | 8        | Sonstige Virusinfektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation  |
| I50.14     | 8        | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe   |
| J15.5      | 8        | Pneumonie durch Escherichia coli   |
| K56.7      | 8        | Ileus, nicht näher bezeichnet  |
| K85.00     | 8        | Idiopathische akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation  |
| A04.79     | 7        | Enterokolitis durch Clostridium difficile, nicht näher bezeichnet  |
| A41.51     | 7        | Sepsis: Escherichia coli [E. coli]   |
| A48.1      | 7        | Legionellose mit Pneumonie   |
| D86.0      | 7        | Sarkoidose der Lunge   |

## Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung  |
|------------|----------|--|
| E11.73     | 7        | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet |
| I10.01     | 7        | Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise   |
| I48.0      | 7        | Vorhofflimmern, paroxysmal   |
| J15.6      | 7        | Pneumonie durch andere gramnegative Bakterien  |
| J20.8      | 7        | Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger  |
| K52.9      | 7        | Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet  |
| K59.01     | 7        | Obstipation bei Stuhlentleerungsstörung  |
| L23.9      | 7        | Allergische Kontaktdermatitis, nicht näher bezeichnete Ursache   |
| R06.0      | 7        | Dyspnoe  |
| R07.3      | 7        | Sonstige Brustschmerzen  |
| R10.4      | 7        | Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen  |
| T78.1      | 7        | Sonstige Nahrungsmittelunverträglichkeit, anderenorts nicht klassifiziert  |
| A04.5      | 6        | Enteritis durch Campylobacter  |
| A49.1      | 6        | Streptokokken- und Enterokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation   |
| C34.1      | 6        | Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)   |
| C61        | 6        | Bösartige Neubildung der Prostata  |
| D50.8      | 6        | Sonstige Eisenmangelanämien  |
| E11.75     | 6        | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet            |
| J10.0      | 6        | Grippe mit Pneumonie, saisonale Influenzaviren nachgewiesen  |
| J15.0      | 6        | Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae  |
| K22.1      | 6        | Ösophagusulkus   |
| K51.9      | 6        | Colitis ulcerosa, nicht näher bezeichnet   |
| K52.8      | 6        | Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis   |
| K74.6      | 6        | Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber  |
| K80.80     | 6        | Sonstige Cholelithiasis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion   |
| K85.10     | 6        | Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation  |
| K85.20     | 6        | Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation  |
| K92.2      | 6        | Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet  |
| N17.92     | 6        | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2   |
| R10.1      | 6        | Schmerzen im Bereich des Oberbauches   |
| R40.0      | 6        | Somnolenz  |
| B34.9      | 5        | Virusinfektion, nicht näher bezeichnet   |
| B48.5      | 5        | Pneumozystose  |
| C25.0      | 5        | Bösartige Neubildung: Pankreaskopf   |
| D38.1      | 5        | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Trachea, Bronchus und Lunge   |
| E10.11     | 5        | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet  |
| F11.0      | 5        | Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Akute Intoxikation [akuter Rausch]                                      |

## Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| F13.0      | 5             | Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Akute Intoxikation [akuter Rausch]                    |
| F43.0      | 5             | Akute Belastungsreaktion  |
| I21.4      | 5             | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt  |
| J06.9      | 5             | Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet   |
| J13        | 5             | Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae  |
| J15.1      | 5             | Pneumonie durch Pseudomonas   |
| J44.13     | 5             | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 70 % des Sollwertes |
| K22.2      | 5             | Ösophagusverschluss   |
| K52.1      | 5             | Toxische Gastroenteritis und Kolitis  |
| K55.0      | 5             | Akute Gefäßkrankheiten des Darmes   |
| K57.30     | 5             | Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung  |
| L50.0      | 5             | Allergische Urtikaria   |
| R04.2      | 5             | Hämoptoe  |
| T63.4      | 5             | Toxische Wirkung: Gift sonstiger Arthropoden  |
| A08.4      | 4             | Virusbedingte Darminfektion, nicht näher bezeichnet   |
| G58.0      | 4             | Interkostalneuropathie  |
| I20.0      | 4             | Instabile Angina pectoris   |
| J11.1      | 4             | Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, Viren nicht nachgewiesen   |
| J14        | 4             | Pneumonie durch Haemophilus influenzae  |
| J84.0      | 4             | Alveoläre und parietoalveoläre Krankheitszustände   |
| J90        | 4             | Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert   |
| K22.6      | 4             | Mallory-Weiss-Syndrom   |
| K29.3      | 4             | Chronische Oberflächengastritis   |
| K31.88     | 4             | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Magens und des Duodenums   |
| K50.0      | 4             | Crohn-Krankheit des Dünndarmes  |
| K51.8      | 4             | Sonstige Colitis ulcerosa   |
| K55.22     | 4             | Angiodysplasie des Kolons: Mit Blutung  |
| K80.30     | 4             | Gallengangsstein mit Cholangitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion   |
| K80.40     | 4             | Gallengangsstein mit Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion   |
| L27.0      | 4             | Generalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel  |
| R42        | 4             | Schwindel und Taumel  |
| T78.2      | 4             | Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet   |
| A02.0      | (Datenschutz) | Salmonellenenteritis  |
| A04.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete bakterielle Darminfektionen  |
| A04.9      | (Datenschutz) | Bakterielle Darminfektion, nicht näher bezeichnet   |
| A05.9      | (Datenschutz) | Bakteriell bedingte Lebensmittelvergiftung, nicht näher bezeichnet  |
| A08.0      | (Datenschutz) | Enteritis durch Rotaviren   |
| A08.1      | (Datenschutz) | Akute Gastroenteritis durch Norovirus   |
| A40.8      | (Datenschutz) | Sonstige Sepsis durch Streptokokken   |
| A41.0      | (Datenschutz) | Sepsis durch Staphylococcus aureus  |

## Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| A41.1      | (Datenschutz) | Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken   |
| A41.3      | (Datenschutz) | Sepsis durch Haemophilus influenzae  |
| A41.58     | (Datenschutz) | Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger  |
| A41.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Sepsis  |
| A49.0      | (Datenschutz) | Staphylokokkeninfektion nicht näher bestimmter Lokalisation                                    |
| A49.8      | (Datenschutz) | Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bestimmter Lokalisation                           |
| A87.9      | (Datenschutz) | Virusmeningitis, nicht näher bezeichnet  |
| B02.2      | (Datenschutz) | Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems                                    |
| B02.9      | (Datenschutz) | Zoster ohne Komplikation   |
| B25.1      | (Datenschutz) | Hepatitis durch Zytomegalieviren   |
| B27.0      | (Datenschutz) | Mononukleose durch Gamma-Herpesviren   |
| B27.8      | (Datenschutz) | Sonstige infektiöse Mononukleose   |
| B37.81     | (Datenschutz) | Candida-Ösophagitis  |
| B44.1      | (Datenschutz) | Sonstige Aspergillose der Lunge  |
| B54        | (Datenschutz) | Malaria, nicht näher bezeichnet  |
| C10.8      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend                             |
| C10.9      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet                                       |
| C15.4      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel   |
| C16.3      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum   |
| C18.0      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Zäkum  |
| C18.4      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Colon transversum  |
| C18.6      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Colon descendens   |
| C19        | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang   |
| C20        | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung des Rektums   |
| C22.0      | (Datenschutz) | Leberzellkarzinom  |
| C22.1      | (Datenschutz) | Intrahepatisches Gallengangskarzinom   |
| C24.1      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Ampulla hepatopancreatica [Ampulla Vateri]                               |
| C25.8      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend                               |
| C25.9      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet   |
| C34.0      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Hauptbronchus  |
| C34.2      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)   |
| C34.3      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)  |
| C34.8      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend                     |
| C34.9      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet                              |
| C44.3      | (Datenschutz) | Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bestimmter Teile des Gesichtes |
| C45.1      | (Datenschutz) | Mesotheliom des Peritoneums  |
| C50.9      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet                                       |
| C53.9      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet                                     |
| C54.8      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend                           |
| C67.9      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet  |
| C71.9      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet   |
| C73        | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung der Schilddrüse   |

## Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| C74.9      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Nebenniere, nicht näher bezeichnet  |
| C78.2      | (Datenschutz) | Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura   |
| C78.7      | (Datenschutz) | Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge                                       |
| C79.5      | (Datenschutz) | Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes   |
| C80.0      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet   |
| C83.3      | (Datenschutz) | Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom  |
| C88.00     | (Datenschutz) | Makroglobulinämie Waldenström: Ohne Angabe einer kompletten Remission   |
| C95.00     | (Datenschutz) | Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission                            |
| D12.2      | (Datenschutz) | Gutartige Neubildung: Colon ascendens   |
| D12.4      | (Datenschutz) | Gutartige Neubildung: Colon descendens  |
| D13.5      | (Datenschutz) | Gutartige Neubildung: Extrahepatische Gallengänge und Gallenblase   |
| D14.3      | (Datenschutz) | Gutartige Neubildung: Bronchus und Lunge  |
| D37.1      | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Magen  |
| D37.4      | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Kolon  |
| D37.6      | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Leber, Gallenblase und Gallengänge                               |
| D37.70     | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Pankreas   |
| D39.1      | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Ovar   |
| D41.4      | (Datenschutz) | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Harnblase  |
| D46.7      | (Datenschutz) | Sonstige myelodysplastische Syndrome  |
| D46.9      | (Datenschutz) | Myelodysplastisches Syndrom, nicht näher bezeichnet   |
| D50.0      | (Datenschutz) | Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)  |
| D51.9      | (Datenschutz) | Vitamin-B12-Mangelanämie, nicht näher bezeichnet  |
| D52.9      | (Datenschutz) | Folsäure-Mangelanämie, nicht näher bezeichnet   |
| D58.9      | (Datenschutz) | Hereditäre hämolytische Anämie, nicht näher bezeichnet  |
| D59.9      | (Datenschutz) | Erworbene hämolytische Anämie, nicht näher bezeichnet   |
| D62        | (Datenschutz) | Akute Blutungsanämie  |
| D64.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Anämien  |
| D86.8      | (Datenschutz) | Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen   |
| E04.9      | (Datenschutz) | Nichttoxische Struma, nicht näher bezeichnet  |
| E05.0      | (Datenschutz) | Hyperthyreose mit diffuser Struma   |
| E10.61     | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet                 |
| E10.91     | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet   |
| E11.01     | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet  |
| E11.11     | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet   |
| E11.74     | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet |
| E11.90     | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet                                       |

## Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| E13.75     | (Datenschutz) | Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet  |
| E22.2      | (Datenschutz) | Syndrom der inadäquaten Sekretion von Adiuretin  |
| E27.2      | (Datenschutz) | Addison-Krise  |
| E80.4      | (Datenschutz) | Gilbert-Meulengracht-Syndrom   |
| E87.0      | (Datenschutz) | Hyperosmolalität und Hypernatriämie  |
| E87.2      | (Datenschutz) | Azidose  |
| E87.6      | (Datenschutz) | Hypokaliämie   |
| F01.8      | (Datenschutz) | Sonstige vaskuläre Demenz  |
| F05.0      | (Datenschutz) | Delir ohne Demenz  |
| F05.1      | (Datenschutz) | Delir bei Demenz   |
| F10.4      | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir   |
| F11.3      | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom   |
| F12.0      | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]  |
| F13.3      | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom   |
| F15.0      | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Akute Intoxikation [akuter Rausch]             |
| F19.3      | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom       |
| F19.5      | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung |
| F20.0      | (Datenschutz) | Paranoide Schizophrenie  |
| F20.9      | (Datenschutz) | Schizophrenie, nicht näher bezeichnet  |
| F23.9      | (Datenschutz) | Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet  |
| F32.2      | (Datenschutz) | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome  |
| F32.3      | (Datenschutz) | Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen   |
| F33.2      | (Datenschutz) | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome  |
| F41.0      | (Datenschutz) | Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]  |
| F45.0      | (Datenschutz) | Somatisierungsstörung  |
| G04.9      | (Datenschutz) | Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet   |
| G20.90     | (Datenschutz) | Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsflektuation   |
| G41.9      | (Datenschutz) | Status epilepticus, nicht näher bezeichnet   |
| G43.0      | (Datenschutz) | Migräne ohne Aura [Gewöhnliche Migräne]  |
| G44.2      | (Datenschutz) | Spannungskopfschmerz   |
| G47.31     | (Datenschutz) | Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom   |
| G61.0      | (Datenschutz) | Guillain-Barré-Syndrom   |
| G70.9      | (Datenschutz) | Neuromuskuläre Krankheit, nicht näher bezeichnet   |
| G83.49     | (Datenschutz) | Cauda- (equina-) Syndrom, nicht näher bezeichnet   |
| H81.1      | (Datenschutz) | Benigner paroxysmaler Schwindel  |

## Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| I26.0      | (Datenschutz) | Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale  |
| I33.0      | (Datenschutz) | Akute und subakute infektiöse Endokarditis   |
| I35.0      | (Datenschutz) | Aortenklappenstenose   |
| I42.88     | (Datenschutz) | Sonstige Kardiomyopathien  |
| I47.1      | (Datenschutz) | Supraventrikuläre Tachykardie  |
| I50.12     | (Datenschutz) | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung   |
| I61.3      | (Datenschutz) | Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm  |
| I62.00     | (Datenschutz) | Nichttraumatische subdurale Blutung: Akut  |
| I62.1      | (Datenschutz) | Nichttraumatische extradurale Blutung  |
| I63.5      | (Datenschutz) | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien                   |
| I63.8      | (Datenschutz) | Sonstiger Hirnfarkt  |
| I70.24     | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration                               |
| I71.3      | (Datenschutz) | Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert  |
| I71.4      | (Datenschutz) | Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur  |
| I72.3      | (Datenschutz) | Aneurysma und Dissektion der A. iliaca   |
| I77.6      | (Datenschutz) | Arteriitis, nicht näher bezeichnet   |
| I80.0      | (Datenschutz) | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten              |
| I80.1      | (Datenschutz) | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis   |
| I80.28     | (Datenschutz) | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten             |
| I83.1      | (Datenschutz) | Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung  |
| I83.2      | (Datenschutz) | Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung   |
| I85.9      | (Datenschutz) | Ösophagusvarizen ohne Blutung  |
| I87.20     | (Datenschutz) | Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) ohne Ulzeration   |
| I87.21     | (Datenschutz) | Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration  |
| I89.08     | (Datenschutz) | Sonstiges Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert   |
| I89.09     | (Datenschutz) | Lymphödem, nicht näher bezeichnet  |
| I95.2      | (Datenschutz) | Hypotonie durch Arzneimittel   |
| J15.7      | (Datenschutz) | Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae  |
| J15.8      | (Datenschutz) | Sonstige bakterielle Pneumonie   |
| J18.0      | (Datenschutz) | Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet   |
| J18.2      | (Datenschutz) | Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet  |
| J18.8      | (Datenschutz) | Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet   |
| J30.1      | (Datenschutz) | Allergische Rhinopathie durch Pollen   |
| J34.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen                               |
| J40        | (Datenschutz) | Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet   |
| J43.9      | (Datenschutz) | Emphysem, nicht näher bezeichnet   |
| J44.80     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 <35 % des Sollwertes           |
| J44.81     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 ≥35 % und <50 % des Sollwertes |
| J44.89     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 nicht näher bezeichnet         |

## Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| J45.0      | (Datenschutz) | Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale  |
| J45.1      | (Datenschutz) | Nichtallergisches Asthma bronchiale  |
| J45.8      | (Datenschutz) | Mischformen des Asthma bronchiale  |
| J80.03     | (Datenschutz) | Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Schweres Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]                                  |
| J82        | (Datenschutz) | Eosinophiles Lungeninfiltrat, anderenorts nicht klassifiziert  |
| J84.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten  |
| J84.9      | (Datenschutz) | Interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet   |
| J86.9      | (Datenschutz) | Pyothorax ohne Fistel  |
| J93.1      | (Datenschutz) | Sonstiger Spontanpneumothorax  |
| J96.01     | (Datenschutz) | Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]                            |
| J98.7      | (Datenschutz) | Infektion der Atemwege, anderenorts nicht klassifiziert  |
| K20        | (Datenschutz) | Ösophagitis  |
| K22.0      | (Datenschutz) | Achalasie der Kardia   |
| K22.4      | (Datenschutz) | Dyskinesie des Ösophagus   |
| K22.5      | (Datenschutz) | Divertikel des Ösophagus, erworben   |
| K22.81     | (Datenschutz) | Ösophagusblutung   |
| K22.88     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Ösophagus   |
| K25.3      | (Datenschutz) | Ulcus ventriculi: Akut, ohne Blutung oder Perforation  |
| K25.4      | (Datenschutz) | Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung   |
| K26.2      | (Datenschutz) | Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung und Perforation   |
| K26.3      | (Datenschutz) | Ulcus duodeni: Akut, ohne Blutung oder Perforation   |
| K26.4      | (Datenschutz) | Ulcus duodeni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung  |
| K26.7      | (Datenschutz) | Ulcus duodeni: Chronisch, ohne Blutung oder Perforation  |
| K29.5      | (Datenschutz) | Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet   |
| K29.8      | (Datenschutz) | Duodenitis   |
| K31.1      | (Datenschutz) | Hypertrophische Pylorusstenose beim Erwachsenen  |
| K31.7      | (Datenschutz) | Polyp des Magens und des Duodenums   |
| K31.82     | (Datenschutz) | Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung  |
| K35.31     | (Datenschutz) | Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur   |
| K35.32     | (Datenschutz) | Akute Appendizitis mit Peritonealabszess   |
| K35.8      | (Datenschutz) | Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet   |
| K40.30     | (Datenschutz) | Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet |
| K42.0      | (Datenschutz) | Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän   |
| K44.9      | (Datenschutz) | Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän  |
| K50.1      | (Datenschutz) | Crohn-Krankheit des Dickdarmes   |
| K50.9      | (Datenschutz) | Crohn-Krankheit, nicht näher bezeichnet  |
| K51.5      | (Datenschutz) | Linksseitige Kolitis   |
| K55.1      | (Datenschutz) | Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes   |
| K55.9      | (Datenschutz) | Gefäßkrankheit des Darmes, nicht näher bezeichnet  |
| K56.4      | (Datenschutz) | Sonstige Obturation des Darmes   |
| K57.22     | (Datenschutz) | Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung                                   |

## Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| K57.33     | (Datenschutz) | Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung  |
| K57.42     | (Datenschutz) | Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung |
| K58.1      | (Datenschutz) | Reizdarmsyndrom, Diarrhoe-prädominant [RDS-D]   |
| K59.02     | (Datenschutz) | Medikamentös induzierte Obstipation   |
| K59.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete funktionelle Darmstörungen   |
| K62.5      | (Datenschutz) | Hämorrhagie des Anus und des Rektums  |
| K63.1      | (Datenschutz) | Perforation des Darmes (nichttraumatisch)   |
| K63.9      | (Datenschutz) | Darmkrankheit, nicht näher bezeichnet   |
| K64.0      | (Datenschutz) | Hämorrhoiden 1. Grades  |
| K64.1      | (Datenschutz) | Hämorrhoiden 2. Grades  |
| K64.2      | (Datenschutz) | Hämorrhoiden 3. Grades  |
| K64.9      | (Datenschutz) | Hämorrhoiden, nicht näher bezeichnet  |
| K65.0      | (Datenschutz) | Akute Peritonitis   |
| K70.0      | (Datenschutz) | Alkoholische Fettleber  |
| K71.6      | (Datenschutz) | Toxische Leberkrankheit mit Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert  |
| K75.0      | (Datenschutz) | Leberabszess  |
| K76.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leber  |
| K76.9      | (Datenschutz) | Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet  |
| K80.10     | (Datenschutz) | Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion                              |
| K80.20     | (Datenschutz) | Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion                                       |
| K80.21     | (Datenschutz) | Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion   |
| K80.50     | (Datenschutz) | Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion                       |
| K80.51     | (Datenschutz) | Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion                                     |
| K81.1      | (Datenschutz) | Chronische Cholezystitis  |
| K81.8      | (Datenschutz) | Sonstige Formen der Cholezystitis   |
| K83.0      | (Datenschutz) | Cholangitis   |
| K83.1      | (Datenschutz) | Verschluss des Gallenganges   |
| K83.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenwege   |
| K85.80     | (Datenschutz) | Sonstige akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation  |
| K85.81     | (Datenschutz) | Sonstige akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation  |
| K86.0      | (Datenschutz) | Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis   |
| K86.1      | (Datenschutz) | Sonstige chronische Pankreatitis  |
| K86.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Pankreas   |
| K91.2      | (Datenschutz) | Malabsorption nach chirurgischem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert  |
| K92.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Verdauungssystems  |
| L03.11     | (Datenschutz) | Phlegmone an der unteren Extremität   |
| L03.3      | (Datenschutz) | Phlegmone am Rumpf  |
| L04.0      | (Datenschutz) | Akute Lymphadenitis an Gesicht, Kopf und Hals   |
| L23.5      | (Datenschutz) | Allergische Kontaktdermatitis durch sonstige chemische Produkte   |
| L27.2      | (Datenschutz) | Dermatitis durch aufgenommene Nahrungsmittel  |

## Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| L29.9      | (Datenschutz) | Pruritus, nicht näher bezeichnet  |
| L53.9      | (Datenschutz) | Erythematöse Krankheit, nicht näher bezeichnet  |
| L89.15     | (Datenschutz) | Dekubitus 2. Grades: Sitzbein   |
| L89.34     | (Datenschutz) | Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein  |
| M05.26     | (Datenschutz) | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritits: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]  |
| M06.80     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritits: Mehrere Lokalisationen  |
| M06.86     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritits: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]   |
| M10.00     | (Datenschutz) | Idiopathische Gicht: Mehrere Lokalisationen   |
| M10.07     | (Datenschutz) | Idiopathische Gicht: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]                              |
| M19.82     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Arthrose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]  |
| M46.44     | (Datenschutz) | Diszitis, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich   |
| M46.47     | (Datenschutz) | Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbosakralbereich  |
| M54.16     | (Datenschutz) | Radikulopathie: Lumbalbereich   |
| M54.5      | (Datenschutz) | Kreuzschmerz  |
| M54.6      | (Datenschutz) | Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule   |
| M60.09     | (Datenschutz) | Infektiöse Myositis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation   |
| M62.80     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Mehrere Lokalisationen  |
| M62.89     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation  |
| M71.2      | (Datenschutz) | Synovialzyste im Bereich der Kniekehle [Baker-Zyste]  |
| M75.4      | (Datenschutz) | Impingement-Syndrom der Schulter  |
| M79.18     | (Datenschutz) | Myalgie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]   |
| M79.25     | (Datenschutz) | Neuralgie und Neuritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M79.60     | (Datenschutz) | Schmerzen in den Extremitäten: Mehrere Lokalisationen   |
| M79.66     | (Datenschutz) | Schmerzen in den Extremitäten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]  |
| M79.69     | (Datenschutz) | Schmerzen in den Extremitäten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation   |
| N10        | (Datenschutz) | Akute tubulointerstitielle Nephritis  |
| N12        | (Datenschutz) | Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet  |
| N13.3      | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose  |
| N13.6      | (Datenschutz) | Pyonephrose   |
| N18.4      | (Datenschutz) | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4   |
| N18.5      | (Datenschutz) | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5   |
| N19        | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz  |
| N20.0      | (Datenschutz) | Nierenstein   |
| N28.0      | (Datenschutz) | Ischämie und Infarkt der Niere  |
| N30.0      | (Datenschutz) | Akute Zystitis  |
| N32.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase  |
| N41.0      | (Datenschutz) | Akute Prostatitis   |

## Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| R00.0      | (Datenschutz) | Tachykardie, nicht näher bezeichnet   |
| R00.2      | (Datenschutz) | Palpitationen   |
| R04.0      | (Datenschutz) | Epistaxis   |
| R05        | (Datenschutz) | Husten  |
| R06.4      | (Datenschutz) | Hyperventilation  |
| R06.88     | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen der Atmung                               |
| R09.1      | (Datenschutz) | Pleuritis   |
| R12        | (Datenschutz) | Sodbrennen  |
| R13.0      | (Datenschutz) | Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht während der Nahrungsaufnahme                      |
| R13.9      | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie  |
| R17.0      | (Datenschutz) | Hyperbilirubinämie mit Angabe von Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert            |
| R18        | (Datenschutz) | Aszites   |
| R19.4      | (Datenschutz) | Veränderungen der Stuhlgewohnheiten   |
| R19.5      | (Datenschutz) | Sonstige Stuhlveränderungen   |
| R19.88     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen |
| R21        | (Datenschutz) | Hautausschlag und sonstige unspezifische Hauteruptionen                                 |
| R25.1      | (Datenschutz) | Tremor, nicht näher bezeichnet  |
| R31        | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete Hämaturie   |
| R33        | (Datenschutz) | Harnverhaltung  |
| R40.1      | (Datenschutz) | Sopor   |
| R40.2      | (Datenschutz) | Koma, nicht näher bezeichnet  |
| R41.0      | (Datenschutz) | Orientierungsstörung, nicht näher bezeichnet  |
| R43.2      | (Datenschutz) | Parageusie  |
| R45.1      | (Datenschutz) | Ruhelosigkeit und Erregung  |
| R50.9      | (Datenschutz) | Fieber, nicht näher bezeichnet  |
| R53        | (Datenschutz) | Unwohlsein und Ermüdung   |
| R57.9      | (Datenschutz) | Schock, nicht näher bezeichnet  |
| R59.0      | (Datenschutz) | Lymphknotenvergrößerung, umschrieben  |
| R60.0      | (Datenschutz) | Umschriebenes Ödem  |
| R63.4      | (Datenschutz) | Abnorme Gewichtsabnahme   |
| R68.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Allgemeinsymptome  |
| R74.0      | (Datenschutz) | Erhöhung der Transaminasenwerte und des Laktat-Dehydrogenase-Wertes [LDH]               |
| R74.8      | (Datenschutz) | Sonstige abnorme Serumenzymwerte  |
| R77.88     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Plasmaproteine                             |
| S06.5      | (Datenschutz) | Traumatische subdurale Blutung  |
| S06.6      | (Datenschutz) | Traumatische subarachnoidale Blutung  |
| S22.32     | (Datenschutz) | Fraktur einer sonstigen Rippe   |
| S70.0      | (Datenschutz) | Prellung der Hüfte  |
| S80.1      | (Datenschutz) | Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels                |
| S90.81     | (Datenschutz) | Sonstige oberflächliche Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes: Schürfwunde       |
| T17.2      | (Datenschutz) | Fremdkörper im Rachen   |

## Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| T17.8      | (Datenschutz) | Fremdkörper an sonstigen und mehreren Lokalisationen der Atemwege  |
| T17.9      | (Datenschutz) | Fremdkörper in den Atemwegen, Teil nicht näher bezeichnet  |
| T18.1      | (Datenschutz) | Fremdkörper im Ösophagus   |
| T18.9      | (Datenschutz) | Fremdkörper im Verdauungstrakt, Teil nicht näher bezeichnet  |
| T28.6      | (Datenschutz) | Verätzung des Ösophagus  |
| T40.6      | (Datenschutz) | Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Betäubungsmittel  |
| T42.4      | (Datenschutz) | Vergiftung: Benzodiazepine   |
| T42.8      | (Datenschutz) | Vergiftung: Antiparkinsonmittel und andere zentral wirkende Muskelrelaxanzien  |
| T43.0      | (Datenschutz) | Vergiftung: Tri- und tetrazyklische Antidepressiva   |
| T43.2      | (Datenschutz) | Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Antidepressiva  |
| T43.5      | (Datenschutz) | Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Antipsychotika und Neuroleptika   |
| T45.0      | (Datenschutz) | Vergiftung: Antiallergika und Antiemetika  |
| T45.5      | (Datenschutz) | Vergiftung: Antikoagulanzen  |
| T50.9      | (Datenschutz) | Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen   |
| T58        | (Datenschutz) | Toxische Wirkung von Kohlenmonoxid   |
| T62.9      | (Datenschutz) | Toxische Wirkung: Schädliche Substanz, die mit der Nahrung aufgenommen wurde, nicht näher bezeichnet   |
| T68        | (Datenschutz) | Hypothermie  |
| T75.4      | (Datenschutz) | Schäden durch elektrischen Strom   |
| T81.0      | (Datenschutz) | Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert   |
| T82.7      | (Datenschutz) | Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen  |
| T85.51     | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im sonstigen oberen Gastrointestinaltrakt  |
| T85.53     | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate in den Gallenwegen   |
| T87.4      | (Datenschutz) | Infektion des Amputationsstumpfes  |
| T88.6      | (Datenschutz) | Anaphylaktischer Schock als unerwünschte Nebenwirkung eines indikationsgerechten Arzneimittels oder einer indikationsgerechten Droge bei ordnungsgemäßer Verabreichung |
| T88.7      | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge   |
| Z12.1      | (Datenschutz) | Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung des Darmtraktes  |
| Z22.8      | (Datenschutz) | Keimträger sonstiger Infektionskrankheiten   |
| Z43.1      | (Datenschutz) | Versorgung eines Gastrostomas  |

## Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung   |
|------------|----------|---|
| 1-632.0    | 585      | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs |
| 3-990      | 578      | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung          |
| 3-994      | 552      | Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik                           |

## Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung   |
|------------|----------|---|
| 1-440.a    | 439      | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt  |
| 1-710      | 295      | Ganzkörperplethysmographie  |
| 9-984.8    | 276      | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3  |
| 1-711      | 264      | Bestimmung der CO-Diffusionskapazität   |
| 3-202      | 263      | Native Computertomographie des Thorax   |
| 9-984.7    | 254      | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2  |
| 8-930      | 232      | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes   |
| 3-225      | 209      | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel   |
| 1-713      | 200      | Messung der funktionellen Residualkapazität [FRC] mit der Helium-Verdünnungsmethode   |
| 8-800.c0   | 200      | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE  |
| 3-222      | 195      | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel   |
| 3-034      | 190      | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]   |
| 9-984.9    | 174      | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4  |
| 1-653      | 140      | Diagnostische Proktoskopie  |
| 3-200      | 131      | Native Computertomographie des Schädels   |
| 1-650.1    | 126      | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum  |
| 8-980.0    | 119      | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte  |
| 1-444.7    | 109      | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien  |
| 8-831.0    | 106      | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen  |
| 9-984.a    | 87       | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5  |
| 8-98g.11   | 83       | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage |
| 8-706      | 82       | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung   |
| 8-98g.10   | 74       | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage                     |
| 8-701      | 72       | Einfache endotracheale Intubation   |
| 9-984.6    | 70       | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1  |
| 1-650.2    | 68       | Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie   |
| 1-715      | 60       | Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt   |
| 1-712      | 59       | Spiroergometrie   |
| 8-713.0    | 58       | Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]  |
| 3-207      | 57       | Native Computertomographie des Abdomens   |
| 8-980.10   | 53       | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte  |

## Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung   |
|------------|----------|---|
| 3-035      | 52       | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung  |
| 1-620.01   | 51       | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage  |
| 8-98g.12   | 37       | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage |
| 1-844      | 36       | Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle  |
| 8-152.1    | 34       | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle   |
| 1-313      | 30       | Ösophagusmanometrie   |
| 5-469.d3   | 28       | Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch   |
| 1-853.2    | 27       | Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Aszitespunktion   |
| 8-153      | 27       | Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle  |
| 1-651      | 26       | Diagnostische Sigmoidoskopie  |
| 1-620.00   | 25       | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen  |
| 3-052      | 25       | Transösophageale Echokardiographie [TEE]  |
| 8-771      | 25       | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation   |
| 1-316.11   | 24       | pH-Metrie des Ösophagus: Langzeit-pH-Metrie: Mit Langzeit-Impedanzmessung   |
| 8-390.x    | 24       | Lagerungsbehandlung: Sonstige   |
| 8-144.2    | 22       | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter   |
| 5-469.00   | 21       | Andere Operationen am Darm: Dekompression: Offen chirurgisch  |
| 1-266.0    | 20       | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher   |
| 5-452.61   | 19       | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge   |
| 8-987.11   | 19       | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage                        |
| 8-987.10   | 18       | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 6 Behandlungstage   |
| 8-640.0    | 17       | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)   |
| 1-650.0    | 16       | Diagnostische Koloskopie: Partiiell   |
| 5-429.a    | 16       | Andere Operationen am Ösophagus: (Endoskopische) Ligatur (Banding) von Ösophagusvarizen   |
| 8-980.20   | 16       | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte   |
| 1-444.6    | 15       | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie   |
| 1-275.0    | 14       | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen  |

## Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung   |
|------------|----------|---|
| 3-228      | 14       | Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel  |
| 8-132.3    | 14       | Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich  |
| 8-980.11   | 14       | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte  |
| 8-98g.14   | 14       | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage                  |
| 1-791      | 13       | Kardiorespiratorische Polygraphie   |
| 5-513.1    | 13       | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)  |
| 8-83b.c6   | 13       | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker   |
| 1-714      | 12       | Messung der bronchialen Reaktivität   |
| 3-030      | 12       | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel   |
| 5-513.21   | 12       | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter  |
| 3-843.0    | 11       | Magnetresonanztomographie-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung   |
| 1-440.9    | 10       | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt   |
| 5-449.d3   | 10       | Andere Operationen am Magen: Clippen: Endoskopisch  |
| 8-98g.13   | 10       | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage |
| 1-207.0    | 9        | Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)   |
| 1-642      | 9        | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege   |
| 1-790      | 9        | Polysomnographie  |
| 3-804      | 9        | Native Magnetresonanztomographie des Abdomens   |
| 8-718.2    | 9        | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Mindestens 6 bis höchstens 10 Behandlungstage  |
| 5-513.k    | 8        | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Zugang durch retrograde Endoskopie   |
| 8-148.0    | 8        | Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben: Peritonealraum   |
| 3-224.30   | 7        | Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel: CT-Koronarangiographie: Ohne Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve [FFRmyo]  |
| 3-996      | 7        | Anwendung eines 3D-Bildwandlers   |
| 8-812.50   | 7        | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 500 IE bis unter 1.500 IE  |
| 9-984.b    | 7        | Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad  |
| 3-220      | 6        | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel   |
| 5-429.8    | 6        | Andere Operationen am Ösophagus: Bougierung   |
| 5-431.20   | 6        | Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode  |

## Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung  |
|------------|----------|--|
| 5-513.20   | 6        | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen   |
| 5-513.5    | 6        | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen einer Drainage   |
| 8-144.1    | 6        | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, dauerhaftes Verweilsystem   |
| 8-718.0    | 6        | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Mindestens 1 bis höchstens 2 Behandlungstage  |
| 8-831.5    | 6        | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation                       |
| 3-203      | 5        | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark  |
| 3-221      | 5        | Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel  |
| 5-449.00   | 5        | Andere Operationen am Magen: Sklerosierung von Fundusvarizen: Offen chirurgisch  |
| 5-513.b    | 5        | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Entfernung von alloplastischem Material   |
| 5-995      | 5        | Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)   |
| 8-718.1    | 5        | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Mindestens 3 bis höchstens 5 Behandlungstage  |
| 8-812.51   | 5        | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE |
| 8-980.30   | 5        | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspunkte                                     |
| 8-980.31   | 5        | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1381 bis 1656 Aufwandspunkte                                     |
| 1-266.1    | 4        | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator [ICD]                             |
| 1-316.0    | 4        | pH-Metrie des Ösophagus: Einfach   |
| 1-316.10   | 4        | pH-Metrie des Ösophagus: Langzeit-pH-Metrie: Ohne Langzeit-Impedanzmessung   |
| 1-432.00   | 4        | Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Lunge: Durch Feinnadelaspiration                              |
| 1-448.0    | 4        | Endosonographische Feinnadelpunktion am hepatobiliären System: Leber   |
| 3-05g.0    | 4        | Endosonographie des Herzens: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]  |
| 5-431.2x   | 4        | Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Sonstige  |
| 5-433.52   | 4        | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, endoskopisch: Thermokoagulation   |
| 8-133.0    | 4        | Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel   |
| 8-144.0    | 4        | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig   |
| 8-607.4    | 4        | Hypothermiebehandlung: Nicht invasive Kühlung durch Anwendung eines sonstigen Kühlpad- oder Kühlelementesystems  |
| 8-718.3    | 4        | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Mindestens 11 bis höchstens 20 Behandlungstage  |

## Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 8-800.c1   | 4             | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE  |
| 8-800.g0   | 4             | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 1 Thrombozytenkonzentrat  |
| 8-83b.08   | 4             | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer                   |
| 8-980.21   | 4             | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte   |
| 8-987.13   | 4             | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 21 Behandlungstage |
| 1-204.2    | (Datenschutz) | Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme  |
| 1-273.1    | (Datenschutz) | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie   |
| 1-273.2    | (Datenschutz) | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Druckmessung mit Messung des Shuntvolumens  |
| 1-275.2    | (Datenschutz) | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel  |
| 1-275.4    | (Datenschutz) | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung  |
| 1-275.5    | (Datenschutz) | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen  |
| 1-317.0    | (Datenschutz) | pH-Metrie des Magens: Einfach  |
| 1-317.1    | (Datenschutz) | pH-Metrie des Magens: Langzeit-pH-Metrie   |
| 1-415      | (Datenschutz) | Biopsie ohne Inzision an der Gesichtshaut  |
| 1-425.2    | (Datenschutz) | (Perkutane) (Nadel-)Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus: Lymphknoten, axillär  |
| 1-430.10   | (Datenschutz) | Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus: Zungenbiopsie   |
| 1-430.20   | (Datenschutz) | Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Lunge: Zungenbiopsie  |
| 1-430.2x   | (Datenschutz) | Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Lunge: Sonstige   |
| 1-430.30   | (Datenschutz) | Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Stufenbiopsie: Zungenbiopsie  |
| 1-432.01   | (Datenschutz) | Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Lunge: Durch Stanzbiopsie ohne Clip-Markierung der Biopsieregion                  |
| 1-432.1    | (Datenschutz) | Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Pleura  |
| 1-432.x    | (Datenschutz) | Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Sonstige  |
| 1-440.7    | (Datenschutz) | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Sphincter Oddi und Papilla duodeni major   |

## Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 1-441.0    | (Datenschutz) | Perkutane (Nadel-)Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas: Leber   |
| 1-442.0    | (Datenschutz) | Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber                   |
| 1-447      | (Datenschutz) | Endosonographische Feinnadelpunktion am Pankreas   |
| 1-620.10   | (Datenschutz) | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen   |
| 1-631.1    | (Datenschutz) | Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus und/oder Magen  |
| 1-640      | (Datenschutz) | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege  |
| 1-652.2    | (Datenschutz) | Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma: Sigmoidoskopie   |
| 1-654.0    | (Datenschutz) | Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument  |
| 1-842      | (Datenschutz) | Diagnostische Punktion des Perikardes [Perikardiozentese]  |
| 1-845      | (Datenschutz) | Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration der Leber  |
| 1-853.x    | (Datenschutz) | Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Sonstige   |
| 1-854.7    | (Datenschutz) | Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Kniegelenk  |
| 3-031      | (Datenschutz) | Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie   |
| 3-13d.5    | (Datenschutz) | Urographie: Retrograd  |
| 3-204      | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Herzens   |
| 3-205      | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems  |
| 3-206      | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Beckens   |
| 3-20x      | (Datenschutz) | Andere native Computertomographie  |
| 3-223      | (Datenschutz) | Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel  |
| 3-22x      | (Datenschutz) | Andere Computertomographie mit Kontrastmittel  |
| 3-605      | (Datenschutz) | Arteriographie der Gefäße des Beckens  |
| 3-607      | (Datenschutz) | Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten   |
| 3-614      | (Datenschutz) | Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches   |
| 3-753.1    | (Datenschutz) | Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des ganzen Körpers: Mit diagnostischer Computertomographie |
| 3-800      | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Schädels  |
| 3-801      | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Halses  |
| 3-802      | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark  |
| 3-806      | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems  |
| 3-820      | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel  |
| 3-822      | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Thorax mit Kontrastmittel  |
| 3-825      | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel  |
| 3-900      | (Datenschutz) | Knochendichtemessung (alle Verfahren)  |
| 5-311.0    | (Datenschutz) | Temporäre Tracheostomie: Tracheotomie  |
| 5-377.1    | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem               |

## Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 5-429.1    | (Datenschutz) | Andere Operationen am Ösophagus: (Endoskopische) Sklerosierung von Ösophagusvarizen  |
| 5-429.j2   | (Datenschutz) | Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Entfernung   |
| 5-433.20   | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Exzision, endoskopisch: Exzision ohne weitere Maßnahmen  |
| 5-433.21   | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge                                    |
| 5-433.53   | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, endoskopisch: Kryokoagulation   |
| 5-450.3    | (Datenschutz) | Inzision des Darmes: Perkutan-endoskopische Jejunostomie (PEJ)   |
| 5-452.62   | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge |
| 5-452.63   | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion                    |
| 5-452.6x   | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Sonstige   |
| 5-452.82   | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Thermokoagulation                             |
| 5-452.92   | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Thermokoagulation                         |
| 5-452.a1   | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Anzahl der Polypen mit mehr als 2 cm Durchmesser: 2 Polypen                                      |
| 5-469.d2   | (Datenschutz) | Andere Operationen am Darm: Clippen: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch  |
| 5-482.01   | (Datenschutz) | Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Schlingenresektion: Endoskopisch  |
| 5-489.d    | (Datenschutz) | Andere Operation am Rektum: Endoskopisches Clippen   |
| 5-513.31   | (Datenschutz) | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Exzision: Papillektomie   |
| 5-513.a    | (Datenschutz) | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Dilatation  |
| 5-513.f0   | (Datenschutz) | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: Eine Prothese  |
| 5-514.bx   | (Datenschutz) | Andere Operationen an den Gallengängen: Entfernung von alloplastischem Material: Sonstige  |
| 5-526.1    | (Datenschutz) | Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Inzision der Papille (Papillotomie)   |
| 5-526.5    | (Datenschutz) | Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Einlegen einer Drainage   |
| 5-526.b    | (Datenschutz) | Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Entfernung von alloplastischem Material   |

## Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| 5-530.34   | (Datenschutz) | Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior)                    |
| 5-549.2    | (Datenschutz) | Andere Bauchoperationen: Implantation eines Katheterverweilsystems in den Bauchraum   |
| 5-560.2    | (Datenschutz) | Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Bougierung, transurethral  |
| 5-572.1    | (Datenschutz) | Zystostomie: Perkutan   |
| 5-900.04   | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf  |
| 5-930.4    | (Datenschutz) | Art des Transplantates oder Implantates: Alloplastisch  |
| 5-932.43   | (Datenschutz) | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm <sup>2</sup> bis unter 200 cm <sup>2</sup> |
| 5-934.0    | (Datenschutz) | Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher  |
| 6-002.13   | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Filgrastim, parenteral: 250 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE  |
| 6-002.p2   | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 100 mg bis unter 150 mg   |
| 6-002.p6   | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 300 mg bis unter 350 mg   |
| 6-002.pa   | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 500 mg bis unter 600 mg   |
| 6-002.pb   | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 600 mg bis unter 700 mg   |
| 6-002.pf   | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 1.000 mg bis unter 1.200 mg   |
| 6-002.ph   | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 1.400 mg bis unter 1.600 mg   |
| 6-002.r4   | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Voriconazol, parenteral: 1,6 g bis unter 2,0 g   |
| 8-018.0    | (Datenschutz) | Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage   |
| 8-018.1    | (Datenschutz) | Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage  |
| 8-020.8    | (Datenschutz) | Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse   |
| 8-100.40   | (Datenschutz) | Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Bronchoskopie mit flexiblem Instrument: Mit Zange   |
| 8-100.6    | (Datenschutz) | Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Ösophagoskopie mit flexiblem Instrument   |
| 8-100.7    | (Datenschutz) | Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Ösophagoskopie mit starrem Instrument   |
| 8-100.8    | (Datenschutz) | Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Ösophagogastroduodenoskopie   |
| 8-123.0    | (Datenschutz) | Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Wechsel   |
| 8-123.1    | (Datenschutz) | Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Entfernung  |
| 8-125.2    | (Datenschutz) | Anlegen und Wechsel einer duodenalen oder jejunalen Ernährungssonde: Über eine liegende PEG-Sonde, endoskopisch   |

## Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 8-132.1    | (Datenschutz) | Manipulationen an der Harnblase: Spülung, einmalig   |
| 8-137.10   | (Datenschutz) | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral   |
| 8-152.0    | (Datenschutz) | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Perikard   |
| 8-158.h    | (Datenschutz) | Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes: Kniegelenk   |
| 8-192.1f   | (Datenschutz) | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Unterschenkel   |
| 8-500      | (Datenschutz) | Tamponade einer Nasenblutung   |
| 8-640.1    | (Datenschutz) | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Desynchronisiert (Defibrillation)   |
| 8-700.1    | (Datenschutz) | Offenhalten der oberen Atemwege: Durch nasopharyngealen Tubus  |
| 8-800.c2   | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 11 TE bis unter 16 TE   |
| 8-800.g3   | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 4 Thrombozytenkonzentrate   |
| 8-810.j4   | (Datenschutz) | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 1,0 g bis unter 2,0 g  |
| 8-812.52   | (Datenschutz) | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 2.500 IE bis unter 3.500 IE   |
| 8-812.53   | (Datenschutz) | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 3.500 IE bis unter 4.500 IE   |
| 8-837.00   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie  |
| 8-837.m0   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzen Stents: Ein Stent in eine Koronararterie   |
| 8-837.m1   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzen Stents: 2 Stents in eine Koronararterie  |
| 8-852.00   | (Datenschutz) | Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Venovenöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden |
| 8-852.4    | (Datenschutz) | Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Anwendung eines doppelumigen Katheters als Kanüle   |
| 8-855.71   | (Datenschutz) | Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 24 bis 72 Stunden  |
| 8-855.72   | (Datenschutz) | Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 72 bis 144 Stunden   |

### Prozeduren zu B-1.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| 8-855.81   | (Datenschutz) | Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden  |
| 8-855.82   | (Datenschutz) | Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 72 bis 144 Stunden   |
| 8-855.83   | (Datenschutz) | Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 144 bis 264 Stunden  |
| 8-980.40   | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1657 bis 1932 Aufwandspunkte  |
| 8-980.51   | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2209 bis 2760 Aufwandspunkte: 2485 bis 2760 Aufwandspunkte  |
| 8-987.00   | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 6 Behandlungstage   |
| 8-987.12   | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage               |
| 8-98g.00   | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage                     |
| 8-98g.01   | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage |
| 9-200.00   | (Datenschutz) | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 37 bis 42 Aufwandspunkte   |
| 9-200.01   | (Datenschutz) | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte   |
| 9-200.1    | (Datenschutz) | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte  |
| 9-200.5    | (Datenschutz) | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 101 bis 129 Aufwandspunkte   |

### Diagnosen zu B-2.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung   |
|------------|----------|---|
| I20.0      | 105      | Instabile Angina pectoris   |
| I70.22     | 90       | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m |
| I20.8      | 88       | Sonstige Formen der Angina pectoris   |
| I48.1      | 22       | Vorhofflimmern, persistierend   |
| I70.24     | 18       | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration  |
| Z45.00     | 16       | Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers   |
| I70.23     | 13       | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz   |

## Diagnosen zu B-2.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| I25.11     | 11            | Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung   |
| I25.13     | 11            | Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung  |
| I49.5      | 8             | Sick-Sinus-Syndrom   |
| I50.12     | 8             | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung   |
| I50.13     | 6             | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung  |
| R07.3      | 6             | Sonstige Brustschmerzen  |
| I35.0      | 5             | Aortenklappenstenose   |
| I25.10     | 4             | Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen   |
| I25.12     | 4             | Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung  |
| I47.1      | 4             | Supraventrikuläre Tachykardie  |
| I48.0      | 4             | Vorhofflimmern, paroxysmal   |
| D68.9      | (Datenschutz) | Koagulopathie, nicht näher bezeichnet  |
| I10.00     | (Datenschutz) | Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise  |
| I11.91     | (Datenschutz) | Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise                            |
| I20.1      | (Datenschutz) | Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus  |
| I21.4      | (Datenschutz) | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt   |
| I25.14     | (Datenschutz) | Atherosklerotische Herzkrankheit: Stenose des linken Hauptstammes  |
| I25.5      | (Datenschutz) | Ischämische Kardiomyopathie  |
| I27.20     | (Datenschutz) | Pulmonale Hypertonie bei chronischer Thromboembolie  |
| I27.28     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie  |
| I35.2      | (Datenschutz) | Aortenklappenstenose mit Insuffizienz  |
| I44.2      | (Datenschutz) | Atrioventrikulärer Block 3. Grades   |
| I44.3      | (Datenschutz) | Sonstiger und nicht näher bezeichneter atrioventrikulärer Block  |
| I44.7      | (Datenschutz) | Linksschenkelblock, nicht näher bezeichnet   |
| I45.1      | (Datenschutz) | Sonstiger und nicht näher bezeichneter Rechtsschenkelblock   |
| I45.2      | (Datenschutz) | Bifaszikulärer Block   |
| I47.2      | (Datenschutz) | Ventrikuläre Tachykardie   |
| I48.2      | (Datenschutz) | Vorhofflimmern, permanent  |
| I48.3      | (Datenschutz) | Vorhofflattern, typisch  |
| I48.9      | (Datenschutz) | Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet  |
| I49.3      | (Datenschutz) | Ventrikuläre Extrasystolie   |
| I49.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete kardiale Arrhythmien  |
| I49.9      | (Datenschutz) | Kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet  |
| I50.01     | (Datenschutz) | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz   |
| I50.9      | (Datenschutz) | Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet   |
| I70.21     | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr |
| I70.25     | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän  |
| I70.26     | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Schulter-Arm-Typ, alle Stadien  |
| I72.4      | (Datenschutz) | Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität  |

## Diagnosen zu B-2.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| I73.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete periphere Gefäßkrankheiten             |
| I73.9      | (Datenschutz) | Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet                  |
| Q21.1      | (Datenschutz) | Vorhofseptumdefekt  |
| R06.0      | (Datenschutz) | Dyspnoe   |
| R55        | (Datenschutz) | Synkope und Kollaps   |
| R94.3      | (Datenschutz) | Abnorme Ergebnisse von kardiovaskulären Funktionsprüfungen        |
| Z45.01     | (Datenschutz) | Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiodefibrillators |

## Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung  |
|------------|----------|--|
| 1-275.0    | 202      | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen   |
| 3-607      | 134      | Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten   |
| 8-83b.00   | 126      | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer |
| 3-605      | 105      | Arteriographie der Gefäße des Beckens  |
| 8-836.0s   | 95       | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel   |
| 8-83b.c6   | 92       | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker  |
| 8-837.00   | 87       | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie  |
| 1-275.2    | 73       | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel  |
| 8-837.m0   | 62       | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie                |
| 8-836.0c   | 47       | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel  |
| 8-837.m1   | 46       | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie                 |
| 8-840.0s   | 29       | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Arterien Oberschenkel  |
| 1-275.5    | 28       | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen  |
| 8-640.0    | 26       | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)  |
| 5-934.0    | 23       | Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher   |
| 1-273.2    | 22       | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Druckmessung mit Messung des Shuntvolumens  |
| 1-279.a    | 21       | Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung       |
| 8-836.0q   | 21       | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin  |

## Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung  |
|------------|----------|--|
| 1-273.1    | 16       | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie   |
| 8-83b.50   | 14       | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 1 Modellierballon   |
| 1-275.1    | 13       | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel   |
| 5-378.52   | 13       | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem                    |
| 8-83b.08   | 13       | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer                     |
| 8-840.0q   | 12       | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Arterien abdominal und pelvin   |
| 8-840.1q   | 12       | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: Andere Arterien abdominal und pelvin   |
| 3-052      | 11       | Transösophageale Echokardiographie [TEE]   |
| 5-377.30   | 11       | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation |
| 8-83b.b6   | 10       | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an Koronargefäßen   |
| 8-837.m3   | 9        | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie                         |
| 8-83b.bc   | 8        | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen   |
| 8-837.m2   | 7        | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien                     |
| 8-840.1s   | 7        | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: Arterien Oberschenkel  |
| 9-984.7    | 7        | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2   |
| 8-83b.bd   | 6        | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier oder mehr medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen   |
| 3-604      | 5        | Arteriographie der Gefäße des Abdomens   |
| 5-995      | 5        | Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)   |
| 8-836.7k   | 5        | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Thrombolyse: Arterien Oberschenkel   |
| 8-837.01   | 5        | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Mehrere Koronararterien  |
| 8-840.2s   | 5        | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: Arterien Oberschenkel  |

## Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| 5-377.1    | 4             | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem  |
| 8-837.m5   | 4             | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzen Stents: 4 Stents in eine Koronararterie   |
| 8-837.m7   | 4             | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzen Stents: 5 Stents in eine Koronararterie   |
| 1-266.0    | (Datenschutz) | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher   |
| 1-275.3    | (Datenschutz) | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung                           |
| 1-276.1    | (Datenschutz) | Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Aortographie  |
| 1-497.2    | (Datenschutz) | Transvenöse oder transarterielle Biopsie: Myokard   |
| 3-034      | (Datenschutz) | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]   |
| 3-05g.0    | (Datenschutz) | Endosonographie des Herzens: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]   |
| 3-220      | (Datenschutz) | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel   |
| 3-224.30   | (Datenschutz) | Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel: CT-Koronarangiographie: Ohne Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve [FFRmyo]  |
| 3-225      | (Datenschutz) | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel   |
| 3-228      | (Datenschutz) | Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel  |
| 3-602      | (Datenschutz) | Arteriographie des Aortenbogens   |
| 3-606      | (Datenschutz) | Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten   |
| 3-611.2    | (Datenschutz) | Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax: Koronarsinusvenen   |
| 3-614      | (Datenschutz) | Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches  |
| 3-990      | (Datenschutz) | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung  |
| 3-994      | (Datenschutz) | Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik   |
| 5-377.41   | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]: Mit Vorhofelektrode   |
| 5-378.01   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, Einkammersystem   |
| 5-378.07   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Ereignis-Rekorder  |
| 5-378.5b   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode |
| 5-378.5c   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion                   |

## Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| 5-378.5e   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode |
| 5-378.b3   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, Einkammersystem                    |
| 5-380.72   | (Datenschutz) | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. poplitea  |
| 5-380.7x   | (Datenschutz) | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: Sonstige   |
| 5-380.8x   | (Datenschutz) | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: Sonstige  |
| 8-020.8    | (Datenschutz) | Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse   |
| 8-132.3    | (Datenschutz) | Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich  |
| 8-771      | (Datenschutz) | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation   |
| 8-836.02   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Schulter und Oberarm  |
| 8-836.7c   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Thrombolyse: Gefäße Unterschenkel   |
| 8-836.7h   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Thrombolyse: Andere Arterien abdominal und pelvin   |
| 8-837.d0   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Verschluss eines Septumdefektes: Vorhofseptum  |
| 8-837.m4   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 3 Stents in mehrere Koronararterien                                      |
| 8-837.m6   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 4 Stents in mehrere Koronararterien                                      |
| 8-837.m8   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 5 Stents in mehrere Koronararterien                                      |
| 8-837.m9   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie                               |
| 8-837.ma   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien                           |
| 8-837.q    | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)   |
| 8-83b.b8   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamentefreisetzende Ballons an Koronargefäßen   |
| 8-83b.ba   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen   |
| 8-83b.c5   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs ohne Anker  |
| 8-83b.e1   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Beschichtung von Stents: Bioaktive Oberfläche bei gecoverten Stents   |

## Prozeduren zu B-2.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| 8-83b.f1   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Länge peripherer Stents: 100 mm bis unter 150 mm  |
| 8-83b.f2   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Länge peripherer Stents: 150 mm bis unter 200 mm  |
| 8-83b.f3   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Länge peripherer Stents: 200 mm bis unter 250 mm  |
| 8-840.02   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Gefäße Schulter und Oberarm   |
| 8-840.0c   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Gefäße Unterschenkel  |
| 8-840.2q   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: Andere Arterien abdominal und pelvin                                    |
| 8-840.3q   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: Andere Arterien abdominal und pelvin                                    |
| 8-840.3s   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: Arterien Oberschenkel   |
| 8-840.4s   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: Arterien Oberschenkel   |
| 8-841.0q   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Arterien abdominal und pelvin  |
| 8-842.0c   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: Gefäße Unterschenkel                             |
| 8-842.0s   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: Arterien Oberschenkel                            |
| 8-930      | (Datenschutz) | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes   |
| 8-987.10   | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 6 Behandlungstage |
| 9-984.6    | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1  |
| 9-984.8    | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3  |
| 9-984.9    | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4  |

## Diagnosen zu B-3.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung  |
|------------|----------|--|
| I20.0      | 433      | Instabile Angina pectoris  |
| I50.01     | 387      | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz                                     |
| I21.4      | 312      | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt                               |
| I48.1      | 216      | Vorhofflimmern, persistierend  |
| I10.01     | 214      | Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise |

## Diagnosen zu B-3.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung   |
|------------|----------|---|
| I48.0      | 190      | Vorhofflimmern, paroxysmal  |
| R55        | 87       | Synkope und Kollaps   |
| I50.13     | 82       | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung                                     |
| I20.8      | 80       | Sonstige Formen der Angina pectoris   |
| I25.13     | 71       | Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung   |
| I47.1      | 64       | Supraventrikuläre Tachykardie   |
| I11.91     | 60       | Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise |
| M79.18     | 48       | Myalgie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]                                 |
| I25.12     | 47       | Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung   |
| I48.4      | 47       | Vorhofflattern, atypisch  |
| R07.3      | 46       | Sonstige Brustschmerzen   |
| I49.3      | 39       | Ventrikuläre Extrasystolie  |
| E86        | 36       | Volumenmangel   |
| I26.9      | 35       | Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale  |
| I48.3      | 35       | Vorhofflattern, typisch   |
| I50.12     | 34       | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung                                      |
| I21.1      | 32       | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand   |
| I21.0      | 28       | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand   |
| I25.11     | 27       | Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung  |
| I95.1      | 27       | Orthostatische Hypotonie  |
| J15.9      | 26       | Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet   |
| I50.14     | 25       | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe  |
| I47.2      | 24       | Ventrikuläre Tachykardie  |
| I26.0      | 20       | Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale   |
| I35.0      | 19       | Aortenklappenstenose  |
| I48.2      | 17       | Vorhofflimmern, permanent   |
| I44.2      | 15       | Atrioventrikulärer Block 3. Grades  |
| I49.5      | 14       | Sick-Sinus-Syndrom  |
| I44.1      | 11       | Atrioventrikulärer Block 2. Grades  |
| R00.2      | 11       | Palpitationen   |
| I33.0      | 10       | Akute und subakute infektiöse Endokarditis  |
| R06.0      | 10       | Dyspnoe   |
| I40.9      | 9        | Akute Myokarditis, nicht näher bezeichnet   |
| Q21.1      | 9        | Vorhofseptumdefekt  |
| Z09.80     | 9        | Nachuntersuchung nach Organtransplantation  |
| I10.00     | 8        | Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise                               |
| I49.4      | 8        | Sonstige und nicht näher bezeichnete Extrasystolie  |
| R00.0      | 8        | Tachykardie, nicht näher bezeichnet   |
| I44.7      | 7        | Linksschenkelblock, nicht näher bezeichnet  |
| R42        | 7        | Schwindel und Taumel  |
| T75.4      | 7        | Schäden durch elektrischen Strom  |
| I42.88     | 6        | Sonstige Kardiomyopathien   |
| I63.5      | 6        | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien                |
| I95.0      | 6        | Idiopathische Hypotonie   |

## Diagnosen zu B-3.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| J45.9      | 6             | Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet   |
| N39.0      | 6             | Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet  |
| R00.1      | 6             | Bradykardie, nicht näher bezeichnet   |
| Z45.00     | 6             | Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers   |
| I45.2      | 5             | Bifaszikulärer Block  |
| J44.19     | 5             | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet |
| K29.6      | 5             | Sonstige Gastritis  |
| C50.9      | 4             | Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet  |
| E87.1      | 4             | Hypoosmolalität und Hyponatriämie   |
| I25.14     | 4             | Atherosklerotische Herzkrankheit: Stenose des linken Hauptstammes   |
| I45.6      | 4             | Präexzitations-Syndrom  |
| I48.9      | 4             | Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet   |
| J20.9      | 4             | Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet  |
| K21.0      | 4             | Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis   |
| R10.1      | 4             | Schmerzen im Bereich des Oberbauches  |
| T82.1      | 4             | Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät   |
| A09.9      | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs                 |
| A41.51     | (Datenschutz) | Sepsis: Escherichia coli [E. coli]  |
| A41.9      | (Datenschutz) | Sepsis, nicht näher bezeichnet  |
| A46        | (Datenschutz) | Erysipel [Wundrose]   |
| A48.1      | (Datenschutz) | Legionellose mit Pneumonie  |
| A49.0      | (Datenschutz) | Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation   |
| A49.9      | (Datenschutz) | Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet   |
| B34.9      | (Datenschutz) | Virusinfektion, nicht näher bezeichnet  |
| B99        | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten  |
| C16.0      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Kardia  |
| C16.3      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum  |
| C34.1      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)  |
| C34.3      | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)   |
| C64        | (Datenschutz) | Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken  |
| D57.8      | (Datenschutz) | Sonstige Sichelzellenkrankheiten  |
| D68.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien   |
| E05.8      | (Datenschutz) | Sonstige Hyperthyreose  |
| E10.61     | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet                 |
| E11.21     | (Datenschutz) | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet  |
| E43        | (Datenschutz) | Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung   |
| F10.3      | (Datenschutz) | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom  |
| F41.9      | (Datenschutz) | Angststörung, nicht näher bezeichnet  |
| G20.90     | (Datenschutz) | Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation  |

## Diagnosen zu B-3.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| G40.2      | (Datenschutz) | Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen |
| G40.5      | (Datenschutz) | Spezielle epileptische Syndrome  |
| G40.9      | (Datenschutz) | Epilepsie, nicht näher bezeichnet  |
| G45.92     | (Datenschutz) | Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden              |
| G58.0      | (Datenschutz) | Interkostalneuropathie   |
| G61.0      | (Datenschutz) | Guillain-Barré-Syndrom   |
| G62.9      | (Datenschutz) | Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet  |
| H81.1      | (Datenschutz) | Benigner paroxysmaler Schwindel  |
| I11.01     | (Datenschutz) | Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise                          |
| I11.90     | (Datenschutz) | Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise                         |
| I15.01     | (Datenschutz) | Renovaskuläre Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise   |
| I20.1      | (Datenschutz) | Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus  |
| I21.2      | (Datenschutz) | Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen   |
| I21.3      | (Datenschutz) | Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation  |
| I21.9      | (Datenschutz) | Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet  |
| I25.10     | (Datenschutz) | Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen   |
| I25.3      | (Datenschutz) | Herz-(Wand-)Aneurysma  |
| I25.5      | (Datenschutz) | Ischämische Kardiomyopathie  |
| I25.6      | (Datenschutz) | Stumme Myokardischämie   |
| I30.0      | (Datenschutz) | Akute unspezifische idiopathische Perikarditis   |
| I30.8      | (Datenschutz) | Sonstige Formen der akuten Perikarditis  |
| I30.9      | (Datenschutz) | Akute Perikarditis, nicht näher bezeichnet   |
| I31.2      | (Datenschutz) | Hämoperikard, anderenorts nicht klassifiziert  |
| I34.0      | (Datenschutz) | Mitralklappeninsuffizienz  |
| I35.2      | (Datenschutz) | Aortenklappenstenose mit Insuffizienz  |
| I36.0      | (Datenschutz) | Nichtreumatische Trikuspidalklappenstenose   |
| I36.1      | (Datenschutz) | Nichtreumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz  |
| I40.0      | (Datenschutz) | Infektiöse Myokarditis   |
| I40.8      | (Datenschutz) | Sonstige akute Myokarditis   |
| I42.0      | (Datenschutz) | Dilatative Kardiomyopathie   |
| I42.1      | (Datenschutz) | Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie  |
| I42.2      | (Datenschutz) | Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie   |
| I42.80     | (Datenschutz) | Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie [ARVCM]   |
| I44.0      | (Datenschutz) | Atrioventrikulärer Block 1. Grades   |
| I45.1      | (Datenschutz) | Sonstiger und nicht näher bezeichneter Rechtsschenkelblock   |
| I45.3      | (Datenschutz) | Trifaszikulärer Block  |
| I46.0      | (Datenschutz) | Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung  |
| I46.1      | (Datenschutz) | Plötzlicher Herztod, so beschrieben  |
| I49.0      | (Datenschutz) | Kammerflattern und Kammerflimmern  |
| I49.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete kardiale Arrhythmien  |
| I49.9      | (Datenschutz) | Kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet  |

## Diagnosen zu B-3.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| I50.11     | (Datenschutz) | Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden   |
| I50.9      | (Datenschutz) | Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet  |
| I51.1      | (Datenschutz) | Ruptur der Chordae tendineae, anderenorts nicht klassifiziert   |
| I51.4      | (Datenschutz) | Myokarditis, nicht näher bezeichnet   |
| I60.7      | (Datenschutz) | Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend   |
| I60.8      | (Datenschutz) | Sonstige Subarachnoidalblutung  |
| I63.0      | (Datenschutz) | Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien  |
| I65.2      | (Datenschutz) | Verschluss und Stenose der A. carotis   |
| I65.3      | (Datenschutz) | Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien   |
| I70.22     | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m |
| I70.24     | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration  |
| I70.25     | (Datenschutz) | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän   |
| I71.01     | (Datenschutz) | Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur  |
| I71.6      | (Datenschutz) | Aortenaneurysma, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur   |
| I71.9      | (Datenschutz) | Aortenaneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation, ohne Angabe einer Ruptur   |
| I72.8      | (Datenschutz) | Aneurysma und Dissektion sonstiger näher bezeichneter Arterien  |
| I74.5      | (Datenschutz) | Embolie und Thrombose der A. iliaca   |
| I80.1      | (Datenschutz) | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis  |
| I80.28     | (Datenschutz) | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten  |
| I89.08     | (Datenschutz) | Sonstiges Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert  |
| I95.2      | (Datenschutz) | Hypotonie durch Arzneimittel  |
| J06.9      | (Datenschutz) | Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet   |
| J12.8      | (Datenschutz) | Pneumonie durch sonstige Viren  |
| J15.2      | (Datenschutz) | Pneumonie durch Staphylokokken  |
| J15.6      | (Datenschutz) | Pneumonie durch andere gramnegative Bakterien   |
| J16.0      | (Datenschutz) | Pneumonie durch Chlamydien  |
| J18.9      | (Datenschutz) | Pneumonie, nicht näher bezeichnet   |
| J22        | (Datenschutz) | Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet  |
| J43.8      | (Datenschutz) | Sonstiges Emphysem  |
| J43.9      | (Datenschutz) | Emphysem, nicht näher bezeichnet  |
| J44.00     | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes                      |
| J44.02     | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 ≥50 % und <70 % des Sollwertes            |
| J44.09     | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet                    |
| J44.10     | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes                |
| J44.12     | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 ≥50 % und <70 % des Sollwertes      |

## Diagnosen zu B-3.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| J44.83     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 $\geq$ 70 % des Sollwertes                                      |
| J44.89     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 nicht näher bezeichnet  |
| J44.99     | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet   |
| J69.0      | (Datenschutz) | Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes  |
| J84.1      | (Datenschutz) | Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose   |
| K21.9      | (Datenschutz) | Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis  |
| K22.88     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Ösophagus  |
| K25.0      | (Datenschutz) | Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung   |
| K25.4      | (Datenschutz) | Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung  |
| K29.0      | (Datenschutz) | Akute hämorrhagische Gastritis  |
| K50.0      | (Datenschutz) | Crohn-Krankheit des Dünndarmes  |
| K52.9      | (Datenschutz) | Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet   |
| K59.09     | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation  |
| K70.3      | (Datenschutz) | Alkoholische Leberzirrhose  |
| K76.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leber  |
| K80.00     | (Datenschutz) | Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion   |
| K80.20     | (Datenschutz) | Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion   |
| K80.31     | (Datenschutz) | Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion   |
| K81.0      | (Datenschutz) | Akute Cholezystitis   |
| K92.0      | (Datenschutz) | Hämatemesis   |
| K92.2      | (Datenschutz) | Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet   |
| L02.4      | (Datenschutz) | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten   |
| L50.0      | (Datenschutz) | Allergische Urtikaria   |
| L50.9      | (Datenschutz) | Urtikaria, nicht näher bezeichnet   |
| M00.06     | (Datenschutz) | Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]   |
| M06.99     | (Datenschutz) | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation  |
| M51.2      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung  |
| M62.50     | (Datenschutz) | Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen  |
| M62.80     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Mehrere Lokalisationen  |
| M62.85     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M62.89     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation  |
| M79.16     | (Datenschutz) | Myalgie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]  |
| M79.86     | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Weichteilgewebes: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]                                  |
| N17.93     | (Datenschutz) | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3  |
| N18.5      | (Datenschutz) | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5   |

### Diagnosen zu B-3.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| N20.0      | (Datenschutz) | Nierenstein   |
| R07.2      | (Datenschutz) | Präkordiale Schmerzen   |
| R07.4      | (Datenschutz) | Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet  |
| R10.4      | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen   |
| R11        | (Datenschutz) | Übelkeit und Erbrechen  |
| R13.9      | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie  |
| R22.4      | (Datenschutz) | Lokalisierte Schwellung, Raumforderung und Knoten der Haut und der Unterhaut an den unteren Extremitäten              |
| R40.1      | (Datenschutz) | Sopor   |
| R57.0      | (Datenschutz) | Kardiogener Schock  |
| R60.1      | (Datenschutz) | Generalisiertes Ödem  |
| R74.8      | (Datenschutz) | Sonstige abnorme Serumenzymwerte  |
| R94.3      | (Datenschutz) | Abnorme Ergebnisse von kardiovaskulären Funktionsprüfungen  |
| S20.2      | (Datenschutz) | Prellung des Thorax   |
| S42.21     | (Datenschutz) | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf  |
| S72.08     | (Datenschutz) | Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile   |
| S80.1      | (Datenschutz) | Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels  |
| T44.7      | (Datenschutz) | Vergiftung: Beta-Rezeptorenblocker, anderenorts nicht klassifiziert   |
| T45.5      | (Datenschutz) | Vergiftung: Antikoagulanzen   |
| T78.3      | (Datenschutz) | Angioneurotisches Ödem  |
| T79.68     | (Datenschutz) | Traumatische Muskelschämie sonstiger Lokalisation   |
| T82.7      | (Datenschutz) | Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen |
| T85.6      | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch sonstige näher bezeichnete interne Prothesen, Implantate oder Transplantate            |
| Z45.01     | (Datenschutz) | Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiodefibrillators   |

### Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung  |
|------------|----------|--|
| 3-034      | 2107     | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]                |
| 1-275.0    | 1248     | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen   |
| 3-990      | 943      | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung   |
| 3-994      | 878      | Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik  |
| 3-052      | 623      | Transösophageale Echokardiographie [TEE]   |
| 8-83b.c6   | 608      | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker  |
| 3-224.30   | 548      | Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel: CT-Koronarangiographie: Ohne Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve [FFRmyo]         |
| 8-83b.08   | 540      | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer |
| 8-837.00   | 456      | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie  |

## Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung  |
|------------|----------|--|
| 8-83b.00   | 386      | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer |
| 8-640.0    | 361      | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)  |
| 8-837.m0   | 350      | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie                |
| 8-835.8    | 282      | Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Anwendung dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren  |
| 8-83b.c2   | 266      | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Nahtsystem   |
| 9-984.7    | 241      | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2   |
| 1-274.0    | 226      | Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Druckmessung  |
| 8-930      | 197      | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes  |
| 1-265.e    | 196      | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Vorhofflimmern   |
| 3-222      | 190      | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel  |
| 8-837.m1   | 189      | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie                 |
| 3-035      | 167      | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung   |
| 8-835.35   | 166      | Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Pulmonalvenen  |
| 1-710      | 164      | Ganzkörperplethysmographie   |
| 3-05g.0    | 160      | Endosonographie des Herzens: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]  |
| 9-984.8    | 153      | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3   |
| 1-711      | 148      | Bestimmung der CO-Diffusionskapazität  |
| 1-266.0    | 134      | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher  |
| 1-713      | 122      | Messung der funktionellen Residualkapazität [FRC] mit der Helium-Verdünnungsmethode  |
| 3-200      | 114      | Native Computertomographie des Schädels  |
| 8-837.m3   | 101      | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie                 |
| 1-632.0    | 94       | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs  |
| 8-980.0    | 88       | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte   |
| 1-275.5    | 87       | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen  |
| 9-984.6    | 83       | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1   |
| 5-934.0    | 74       | Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher   |
| 8-152.1    | 73       | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle  |

## Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung  |
|------------|----------|--|
| 8-800.c0   | 71       | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE   |
| 8-835.20   | 68       | Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Konventionelle Radiofrequenzablation: Rechter Vorhof   |
| 1-440.a    | 66       | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt   |
| 3-202      | 65       | Native Computertomographie des Thorax  |
| 3-824.0    | 65       | Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe  |
| 8-831.0    | 58       | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen   |
| 1-265.f    | 57       | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Vorhofflattern   |
| 8-144.2    | 57       | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter  |
| 1-844      | 55       | Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle   |
| 8-837.01   | 54       | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Mehrere Koronararterien  |
| 8-706      | 51       | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung  |
| 8-771      | 49       | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation  |
| 3-614      | 48       | Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches   |
| 8-835.j    | 48       | Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Anwendung hochauflösender, multipolarer, dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren                               |
| 8-837.m2   | 46       | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien                     |
| 1-266.1    | 45       | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator [ICD]   |
| 8-83b.50   | 44       | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 1 Modellierballon   |
| 5-377.30   | 43       | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation |
| 8-837.m5   | 43       | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 4 Stents in eine Koronararterie                         |
| 3-225      | 42       | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel  |
| 1-265.4    | 41       | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Tachykardien mit schmalen QRS-Komplex oder atrialen Tachykardien                                       |
| 8-701      | 38       | Einfache endotracheale Intubation  |
| 8-835.30   | 38       | Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Rechter Vorhof   |
| 9-984.9    | 36       | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4   |
| 8-837.m4   | 35       | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 3 Stents in mehrere Koronararterien                     |

## Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung   |
|------------|----------|---|
| 8-980.10   | 35       | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte  |
| 8-835.33   | 33       | Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Vorhof   |
| 1-274.3    | 32       | Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums   |
| 1-275.2    | 32       | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel   |
| 1-265.7    | 31       | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei nicht anhaltenden Kammertachykardien und/oder ventrikulären Extrasystolen   |
| 8-835.a5   | 31       | Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Kryoablation: Pulmonalvenen   |
| 1-275.1    | 30       | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel  |
| 8-837.m6   | 29       | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 4 Stents in mehrere Koronararterien  |
| 8-83b.b6   | 27       | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an Koronargefäßen  |
| 3-611.2    | 26       | Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax: Koronarsinusvenen   |
| 8-713.0    | 26       | Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]  |
| 3-228      | 24       | Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel  |
| 1-273.2    | 23       | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Druckmessung mit Messung des Shuntvolumens   |
| 8-640.1    | 23       | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Desynchronisiert (Defibrillation)  |
| 3-031      | 22       | Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie  |
| 8-837.s0   | 22       | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Maßnahmen zur Embolieprotektion am linken Herzhohr: Implantation eines permanenten Embolieprotektionssystems   |
| 8-132.3    | 21       | Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich  |
| 8-839.46   | 21       | Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Implantation oder Entfernung einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung: Implantation einer linksventrikulären axialen Pumpe |
| 1-266.3    | 20       | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Medikamentöser Provokationstest (zur Erkennung von Arrhythmien)   |
| 1-715      | 20       | Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt   |
| 1-207.0    | 19       | Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)   |
| 1-650.1    | 19       | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum  |
| 1-712      | 19       | Spiroergometrie   |

## Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung   |
|------------|----------|---|
| 8-835.22   | 19       | Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Konventionelle Radiofrequenzablation: Rechter Ventrikel   |
| 1-273.1    | 17       | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie  |
| 5-995      | 17       | Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)  |
| 8-835.24   | 16       | Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Konventionelle Radiofrequenzablation: Linker Ventrikel  |
| 1-276.1    | 15       | Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Aortographie  |
| 1-714      | 15       | Messung der bronchialen Reaktivität   |
| 1-497.2    | 14       | Transvenöse oder transarterielle Biopsie: Myokard   |
| 8-152.0    | 14       | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Perikard  |
| 1-444.7    | 13       | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien  |
| 8-837.m8   | 13       | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 5 Stents in mehrere Koronararterien            |
| 1-268.0    | 12       | Kardiales Mapping: Rechter Vorhof   |
| 8-831.5    | 12       | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation                                    |
| 8-835.34   | 12       | Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Ventrikel  |
| 9-984.b    | 12       | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad  |
| 1-265.6    | 11       | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Tachykardien mit breitem QRS-Komplex  |
| 3-207      | 11       | Native Computertomographie des Abdomens   |
| 5-377.1    | 11       | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem  |
| 8-607.4    | 11       | Hypothermiebehandlung: Nicht invasive Kühlung durch Anwendung eines sonstigen Kühlpad- oder Kühlelementesystems   |
| 8-837.m7   | 11       | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 5 Stents in eine Koronararterie                |
| 8-837.ma   | 11       | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien |
| 8-980.20   | 11       | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte   |
| 9-984.a    | 11       | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5  |
| 1-497.1    | 10       | Transvenöse oder transarterielle Biopsie: Endomyokard   |
| 1-620.00   | 10       | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen  |
| 1-653      | 10       | Diagnostische Proktoskopie  |
| 1-791      | 10       | Kardiorespiratorische Polygraphie   |
| 8-641      | 10       | Temporäre externe elektrische Stimulation des Herzrhythmus  |
| 1-268.x    | 9        | Kardiales Mapping: Sonstige   |

## Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung   |
|------------|----------|---|
| 1-275.3    | 9        | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung                               |
| 1-279.a    | 9        | Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung  |
| 3-605      | 9        | Arteriographie der Gefäße des Beckens   |
| 8-837.d0   | 9        | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Verschluss eines Septumdefektes: Vorhofseptum  |
| 8-980.11   | 9        | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte  |
| 1-265.5    | 8        | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei WPW-Syndrom   |
| 3-220      | 8        | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel   |
| 5-377.k    | 8        | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Intrakardialer Impulsgenerator  |
| 6-002.k0   | 8        | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Eptifibatid, parenteral: 30 mg bis unter 75 mg   |
| 1-620.01   | 7        | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage  |
| 1-650.2    | 7        | Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie   |
| 8-020.8    | 7        | Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse   |
| 8-98g.11   | 7        | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage |
| 1-268.3    | 6        | Kardiales Mapping: Rechter Ventrikel  |
| 1-275.4    | 6        | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung   |
| 1-275.x    | 6        | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Sonstige  |
| 1-276.0    | 6        | Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Pulmonalisangiographie  |
| 1-650.0    | 6        | Diagnostische Koloskopie: Partiiell   |
| 3-607      | 6        | Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten  |
| 5-377.71   | 6        | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation: Mit Vorhofelektrode  |
| 5-377.8    | 6        | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder   |
| 8-144.0    | 6        | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig  |
| 8-835.32   | 6        | Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Rechter Ventrikel   |
| 8-837.m9   | 6        | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzen Stents: Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie  |

## Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| 8-855.82   | 6             | Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 72 bis 144 Stunden   |
| 1-265.1    | 5             | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Störungen der AV-Überleitung  |
| 3-602      | 5             | Arteriographie des Aortenbogens   |
| 5-378.52   | 5             | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem                                   |
| 8-83b.b7   | 5             | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentefreisetzende Ballons an Koronargefäßen   |
| 8-987.10   | 5             | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 6 Behandlungstage                       |
| 8-98g.10   | 5             | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage |
| 1-265.0    | 4             | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Störungen der Sinusknotenfunktion   |
| 1-853.2    | 4             | Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Aszitespunktion   |
| 3-204      | 4             | Native Computertomographie des Herzens  |
| 3-205      | 4             | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems   |
| 5-377.41   | 4             | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]: Mit Vorhofelektrode                             |
| 8-153      | 4             | Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle  |
| 8-800.c1   | 4             | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE   |
| 8-83b.51   | 4             | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 2 oder mehr Modellierballons   |
| 8-855.81   | 4             | Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden  |
| 1-204.2    | (Datenschutz) | Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme   |
| 1-265.a    | (Datenschutz) | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Nach kurativer Therapie eines angeborenen Herzfehlers   |
| 1-266.x    | (Datenschutz) | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Sonstige  |
| 1-268.4    | (Datenschutz) | Kardiales Mapping: Linker Ventrikel   |
| 1-274.2    | (Datenschutz) | Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Druckmessung mit Messung des Shuntvolumens   |
| 1-275.6    | (Datenschutz) | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Ventrikulographie mit Druckmessung im linken Ventrikel und Aortenbogendarstellung   |
| 1-313      | (Datenschutz) | Ösophagusmanometrie   |
| 1-316.0    | (Datenschutz) | pH-Metrie des Ösophagus: Einfach  |

## Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 1-430.0x   | (Datenschutz) | Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Trachea: Sonstige   |
| 1-430.10   | (Datenschutz) | Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus: Zangenbiopsie   |
| 1-620.0x   | (Datenschutz) | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Sonstige   |
| 1-630.0    | (Datenschutz) | Diagnostische Ösophagoskopie: Mit flexiblem Instrument   |
| 1-642      | (Datenschutz) | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege  |
| 1-651      | (Datenschutz) | Diagnostische Sigmoidoskopie   |
| 1-652.2    | (Datenschutz) | Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma: Sigmoidoskopie   |
| 1-652.3    | (Datenschutz) | Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma: Proktoskopie   |
| 1-790      | (Datenschutz) | Polysomnographie   |
| 3-13d.5    | (Datenschutz) | Urographie: Retrograd  |
| 3-203      | (Datenschutz) | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark  |
| 3-206      | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Beckens   |
| 3-208      | (Datenschutz) | Native Computertomographie der peripheren Gefäße   |
| 3-223      | (Datenschutz) | Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel  |
| 3-226      | (Datenschutz) | Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel   |
| 3-600      | (Datenschutz) | Arteriographie der intrakraniellen Gefäße  |
| 3-601      | (Datenschutz) | Arteriographie der Gefäße des Halses   |
| 3-604      | (Datenschutz) | Arteriographie der Gefäße des Abdomens   |
| 3-611.x    | (Datenschutz) | Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax: Sonstige   |
| 3-800      | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Schädels  |
| 3-803.0    | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Herzens: In Ruhe  |
| 3-803.2    | (Datenschutz) | Native Magnetresonanztomographie des Herzens: Unter pharmakologischer Belastung  |
| 3-820      | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel  |
| 3-824.1    | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: Unter physischer Belastung   |
| 3-824.2    | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: Unter pharmakologischer Belastung  |
| 3-828      | (Datenschutz) | Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel   |
| 3-991      | (Datenschutz) | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung   |
| 3-995      | (Datenschutz) | Dosimetrie zur Therapieplanung   |
| 3-996      | (Datenschutz) | Anwendung eines 3D-Bildwandlers  |
| 5-312.0    | (Datenschutz) | Permanente Tracheostomie: Tracheotomie   |
| 5-377.31   | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Mit antitachykarder Stimulation |
| 5-377.50   | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Ohne atriale Detektion                                |
| 5-377.6    | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation   |

## Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 5-377.70   | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation: Ohne Vorhofelektrode  |
| 5-377.j    | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit subkutaner Elektrode   |
| 5-378.07   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Ereignis-Rekorder   |
| 5-378.0c   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion   |
| 5-378.19   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenentfernung: Defibrillator   |
| 5-378.22   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem   |
| 5-378.2h   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Intrakardialer Impulsgenerator  |
| 5-378.32   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem  |
| 5-378.51   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem   |
| 5-378.55   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation   |
| 5-378.5c   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion                                      |
| 5-378.62   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem  |
| 5-378.6b   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode                                  |
| 5-378.7b   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode  |
| 5-378.a3   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Zusatzinformation für die Sondenentfernung: Einsatz einer mechanischen, kontrolliert drehenden Extraktionsschleuse                              |
| 5-378.a5   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Zusatzinformation für die Sondenentfernung: Einsatz von 2 intraluminalen expandierenden Extraktionshilfen                                       |
| 5-378.b4   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode |

## Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| 5-378.b5   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode |
| 5-378.c2   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode                |
| 5-380.70   | (Datenschutz) | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis   |
| 5-381.70   | (Datenschutz) | Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis   |
| 5-431.2x   | (Datenschutz) | Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Sonstige   |
| 5-433.52   | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, endoskopisch: Thermokoagulation  |
| 5-452.82   | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Thermokoagulation  |
| 5-452.90   | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Elektrokoagulation   |
| 5-493.x    | (Datenschutz) | Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Sonstige   |
| 5-514.px   | (Datenschutz) | Andere Operationen an den Gallengängen: Wechsel einer Drainage: Sonstige  |
| 5-561.7    | (Datenschutz) | Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums: Bougierung, transurethral   |
| 5-572.1    | (Datenschutz) | Zystostomie: Perkutan   |
| 5-864.5    | (Datenschutz) | Amputation und Exartikulation untere Extremität: Amputation mittlerer oder distaler Oberschenkel  |
| 5-896.1d   | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Gesäß  |
| 5-896.1e   | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie  |
| 5-900.04   | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf  |
| 5-932.12   | (Datenschutz) | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 50 cm <sup>2</sup> bis unter 100 cm <sup>2</sup>  |
| 5-932.40   | (Datenschutz) | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: Weniger als 10 cm <sup>2</sup>  |
| 6-002.k1   | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Eptifibatid, parenteral: 75 mg bis unter 150 mg  |
| 6-002.k2   | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Eptifibatid, parenteral: 150 mg bis unter 225 mg   |
| 6-007.h3   | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 7: Macitentan, oral: 80 mg bis unter 100 mg   |
| 8-018.0    | (Datenschutz) | Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage   |

## Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 8-137.00   | (Datenschutz) | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral  |
| 8-173.0    | (Datenschutz) | Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge und der Pleurahöhle: Lunge   |
| 8-390.x    | (Datenschutz) | Lagerungsbehandlung: Sonstige  |
| 8-500      | (Datenschutz) | Tamponade einer Nasenblutung   |
| 8-642      | (Datenschutz) | Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus   |
| 8-700.1    | (Datenschutz) | Offenhalten der oberen Atemwege: Durch nasopharyngealen Tubus  |
| 8-718.0    | (Datenschutz) | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Mindestens 1 bis höchstens 2 Behandlungstage  |
| 8-718.1    | (Datenschutz) | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Mindestens 3 bis höchstens 5 Behandlungstage  |
| 8-718.2    | (Datenschutz) | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Mindestens 6 bis höchstens 10 Behandlungstage   |
| 8-718.3    | (Datenschutz) | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Mindestens 11 bis höchstens 20 Behandlungstage  |
| 8-779      | (Datenschutz) | Andere Reanimationsmaßnahmen   |
| 8-800.g0   | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 1 Thrombozytenkonzentrat                        |
| 8-812.50   | (Datenschutz) | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 500 IE bis unter 1.500 IE |
| 8-835.23   | (Datenschutz) | Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Konventionelle Radiofrequenzablation: Linker Vorhof  |
| 8-835.f    | (Datenschutz) | Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Perkutaner epikardialer Zugang für eine Ablation   |
| 8-836.02   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Schulter und Oberarm   |
| 8-836.0c   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel  |
| 8-836.0j   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: A. carotis communis   |
| 8-836.0k   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: A. carotis interna extrakraniell  |
| 8-836.0q   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin  |
| 8-836.0s   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel   |
| 8-836.x1   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Sonstige: Gefäße Kopf extrakraniell und Hals   |
| 8-837.60   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Selektive Thrombolyse: Eine Koronararterie                                      |
| 8-837.70   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Selektive Embolisation und/oder Infarzierung: Mit Flüssigkeiten                 |
| 8-837.b2   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Herstellung eines Septumdefektes: Vorhofseptum, ohne Einlage eines Implantates  |

## Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 8-837.k0   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie  |
| 8-837.mx   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Sonstige  |
| 8-837.p    | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)   |
| 8-837.q    | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)  |
| 8-837.t    | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen  |
| 8-838.60   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Selektive Thrombolyse: Pulmonalarterie  |
| 8-838.70   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Thrombusfragmentation: Pulmonalarterie  |
| 8-839.7    | (Datenschutz) | Anderer therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Perkutane Entfernung eines Antiembolie-Schirmes   |
| 8-839.90   | (Datenschutz) | Anderer therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit kontralateraler Koronardarstellung                                     |
| 8-839.91   | (Datenschutz) | Anderer therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit kontralateraler Koronardarstellung und Doppeldrahttechnik              |
| 8-839.92   | (Datenschutz) | Anderer therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße, ohne Externalisation |
| 8-83a.30   | (Datenschutz) | Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System: Transvasal platzierte axiale Pumpe zur Kreislaufunterstützung: Bis unter 48 Stunden   |
| 8-83b.01   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Biolimus-A9-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer   |
| 8-83b.03   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Paclitaxel-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer   |
| 8-83b.9    | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Einsatz eines Embolieprotektionssystems  |
| 8-83b.bd   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier oder mehr medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen   |
| 8-83b.c5   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs ohne Anker   |
| 8-840.0k   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell   |

## Prozeduren zu B-3.7

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| 8-840.2s   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: Arterien Oberschenkel   |
| 8-854.2    | (Datenschutz) | Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation   |
| 8-855.80   | (Datenschutz) | Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Bis 24 Stunden  |
| 8-855.83   | (Datenschutz) | Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 144 bis 264 Stunden  |
| 8-980.21   | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte  |
| 8-980.30   | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspunkte  |
| 8-980.31   | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1381 bis 1656 Aufwandspunkte  |
| 8-980.50   | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2209 bis 2760 Aufwandspunkte: 2209 bis 2484 Aufwandspunkte  |
| 8-987.11   | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage                        |
| 8-987.12   | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage                       |
| 8-987.13   | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 21 Behandlungstage  |
| 8-98g.12   | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage |
| 9-200.00   | (Datenschutz) | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 37 bis 42 Aufwandspunkte   |
| 9-200.01   | (Datenschutz) | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte   |

## Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) zur Verfügung.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) kommt den Informationspflichten nach § 6 Telemediengesetz (TMG) nach und ist bemüht für die Richtigkeit und Aktualität aller auf seiner Website [www.derprivatpatient.de](http://www.derprivatpatient.de) enthaltenen Informationen und Daten zu sorgen. Eine Haftung oder Garantie für die Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen und Daten ist jedoch ausgeschlossen. Der PKV-Verband behält sich vor, ohne Ankündigung Änderungen oder Ergänzungen der bereitgestellten Informationen oder Daten vorzunehmen.

## PKV-Standorte

### Köln

Gustav-Heinemann-Ufer 74c 50968 Köln  
Postfach 51 10 40 50946 Köln

### Büro Berlin

Heidestraße 40  
10557 Berlin  
Telefon +49 30 204589-66  
Telefax +49 30 204589-33

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt mit der Software „Qualitätsbericht“ der Saatmann GmbH ([www.saatmann.de](http://www.saatmann.de)).