



# 2017

## Referenzbericht

MediClin Herzzentrum Coswig

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten  
des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3  
SGB V über das Jahr 2017

Übermittelt am: 25.10.2018  
1. Version erstellt am: 08.03.2019



## Vorwort

Alle zugelassenen deutschen Krankenhäuser sind seit dem Jahr 2003 gesetzlich dazu verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte über das Internet zu veröffentlichen. Die Berichte dienen der Information von Patientinnen und Patienten sowie den einweisenden Ärztinnen und Ärzten. Krankenkassen können Auswertungen vornehmen und für Versicherte Empfehlungen aussprechen. Krankenhäusern eröffnen die Berichte die Möglichkeit, ihre Leistungen und ihre Qualität darzustellen.

Rechtsgrundlage der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist der § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist es, Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat des Qualitätsberichts zu fassen.

So hat der G-BA beschlossen, dass der Qualitätsbericht der Krankenhäuser in einer maschinenverwertbaren Version vorliegen soll. Diese **maschinenverwertbare Version in der Extensible Markup-Language (XML)**, einer speziellen Computersprache, kann normalerweise nicht als Fließtext von Laien gelesen, sondern nur in einer Datenbank von elektronischen Suchmaschinen (z.B. Internet-Klinikportalen) genutzt werden.

Suchmaschinen bieten die Möglichkeit, auf Basis der Qualitätsberichte die Strukturen, Leistungen und Qualitätsinformationen der Krankenhäuser zu suchen und miteinander zu vergleichen. Dies ermöglicht z.B. den Patientinnen und Patienten eine gezielte Auswahl eines Krankenhauses für ihren Behandlungswunsch.

Mit dem vorliegenden **Referenzbericht des G-BA** liegt nun eine für Laien **lesbare** Version des **maschinenverwertbaren** Qualitätsberichts (XML) vor, die von einer Softwarefirma automatisiert erstellt und in eine PDF-Fassung umgewandelt wurde. Das hat den Vorteil, dass sämtliche Daten aus der XML-Version des Qualitätsberichts nicht nur über Internetsuchmaschinen gesucht und ggf. gefunden, sondern auch als Fließtext eingesehen werden können. Die Referenzberichte des G-BA dienen jedoch nicht der chronologischen Lektüre von Qualitätsdaten oder dazu, sich umfassend über die Leistungen von Krankenhäusern zu informieren. Vielmehr können die Nutzerinnen und Nutzer mit den Referenzberichten des G-BA die Ergebnisse ihrer Suchanfrage in Suchmaschinen gezielt prüfen bzw. ergänzen.

### **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 Referenzbericht des G-BA 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.

Diese und weitere Verständnisfragen zu den Angaben im Referenzbericht lassen sich häufig durch einen Blick in die Ausfüllhinweise des G-BA in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser klären ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

## Inhaltsverzeichnis

|      |   |     |
|------|---|-----|
| -    | Einleitung  | 4   |
| A    | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts                      | 5   |
| A-1  | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses   | 5   |
| A-2  | Name und Art des Krankenhausträgers   | 6   |
| A-3  | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus  | 6   |
| A-4  | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie  | 6   |
| A-5  | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses                                      | 7   |
| A-6  | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses                                    | 10  |
| A-7  | Aspekte der Barrierefreiheit  | 13  |
| A-8  | Forschung und Lehre des Krankenhauses   | 14  |
| A-9  | Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus   | 15  |
| A-10 | Gesamtfallzahlen  | 15  |
| A-11 | Personal des Krankenhauses  | 15  |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung   | 20  |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung  | 28  |
| B    | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen                         | 29  |
| B-1  | Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie   | 29  |
| B-2  | Klinik für Kardiologie und Angiologie   | 36  |
| B-3  | Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin  | 45  |
| C    | Qualitätssicherung  | 53  |
| C-1  | Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V | 53  |
| C-2  | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V                                     | 157 |
| C-3  | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V         | 158 |
| C-4  | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung                   | 158 |
| C-5  | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136a Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V                      | 158 |
| C-6  | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V            | 158 |
| C-7  | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V    | 159 |
| -    | Diagnosen zu B-1.6  | 159 |
| -    | Prozeduren zu B-1.7   | 162 |
| -    | Diagnosen zu B-2.6  | 173 |



|   |                     |     |
|---|---------------------|-----|
| - | Prozeduren zu B-2.7 | 177 |
| - | Diagnosen zu B-3.6  | 190 |
| - | Prozeduren zu B-3.7 | 192 |

## - Einleitung

### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Position: Qualitätsmanagementbeauftragte  
Titel, Vorname, Name: Gabriele Schulze  
Telefon: 034903/49-501  
Fax: 034903/49-503  
E-Mail: [gabriele.schulze@mediclin.de](mailto:gabriele.schulze@mediclin.de)

### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Position: Kaufmännischer Direktor  
Titel, Vorname, Name: Andreas E. Gebhardt  
Telefon: 034903/49-201  
Fax: 034903/49-100  
E-Mail: [andreas.gebhardt@mediclin.de](mailto:andreas.gebhardt@mediclin.de)

### Weiterführende Links

Link zur Homepage des Krankenhauses: <http://www.herzzentrum-coswig.de>

Link zu weiterführenden Informationen: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### Krankenhaus

Krankenhausname: MediClin Herzzentrum Coswig  
Hausanschrift: Lerchenfeld 1  
06869 Coswig (Anhalt)  
Institutionskennzeichen: 261510021  
Standortnummer: 00  
URL: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

#### Ärztliche Leitung

Position: Direktor und Chefarzt der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie  
Titel, Vorname, Name: PD Dr. Harald Hausmann  
Telefon: 034903/49-301  
Fax: 034903/49-303  
E-Mail: [harald.hausmann@mediclin.de](mailto:harald.hausmann@mediclin.de)

Position: Direktor und Chefarzt der Klinik für Kardiologie und Angiologie  
Titel, Vorname, Name: Dr. Tom Giesler, M.A., FESC  
Telefon: 034903/49-401  
Fax: 034903/49-403  
E-Mail: [tom.giesler@mediclin.de](mailto:tom.giesler@mediclin.de)

Position: Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin  
Titel, Vorname, Name: Dr. Thomas Eberle  
Telefon: 034903/49-501  
Fax: 034903/49-503  
E-Mail: [thomas.eberle@mediclin.de](mailto:thomas.eberle@mediclin.de)

#### Pflegedienstleitung

Position: Pflegedienstleitung  
Titel, Vorname, Name: Anja Wolf  
Telefon: 034903/49-180  
Fax: 034903/49-189  
E-Mail: [anja.wolf@mediclin.de](mailto:anja.wolf@mediclin.de)

## Verwaltungsleitung

Position: Kaufmännischer Direktor  
Titel, Vorname, Name: Andreas E. Gebhardt  
Telefon: 034903/49-201  
Fax: 034903/49-100  
E-Mail: [andreas.gebhardt@mediclin.de](mailto:andreas.gebhardt@mediclin.de)

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: MediClin GmbH & Co.KG, Zweigniederlassung Coswig  
Art: privat

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum: Nein  
Lehrkrankenhaus: Nein

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrisches Krankenhaus: Nein  
Regionale Versorgungsverpflichtung: Nein

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr.  | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot             | Kommentar  |
|------|--|--|
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare               |  |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie                                | Atemtraining mit dem Ziel der Optimierung der Lungenfunktion sowie zur Vorbeugung einer Lungenentzündung (Inhalationstherapie). Bereitstellung eines patientenbezogenen Atemtrainingsgerätes nach Herzoperationen (reflektorische Atemtherapie). |
| MP56 | Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung          |  |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden |  |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)       | Wir bieten die Bobath-Therapie für unsere erwachsenen Patienten an.  |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege     | Sozialdienst, ärztlicher sowie pflegerischer Dienst arbeiten eng zusammen und koordinieren gemeinsam das notwendige Entlassungsprocedere.  |
| MP21 | Kinästhetik  |  |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage                                 |  |
| MP25 | Massage  |  |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie                | angeboten werden:<br>Manualtherapie, Osteopathie   |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie                   | z.B. Ultraschalltherapie, Elektrotherapie, Rotlichtbehandlung, Heiße Rolle (Wärmeanwendung)  |





| Nr.  | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot                           | Kommentar   |
|------|--|---|
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | Gezielte Krankengymnastik bei Bewegungseinschränkungen, Stimmulations- und Koordinationstraining. Des Weiteren bieten wir ein Mobilisationstraining nach Herzinfarkt in Form eines hauseigenen Infarktprogrammes an.  |
| MP37 | Schmerztherapie/-management  | Das Schmerzmanagement unserer Klinik basiert auf einem standardisierten Behandlungsvorgehen.  |
| MP63 | Sozialdienst   | Die Sozialarbeiterin des MediClin Herzzentrum Coswig berät Patienten hinsichtlich der Möglichkeiten ihrer medizinischen Nachsorge im Anschluss an den stationären Aufenthalt, sowohl im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung als auch bei Übergang in Pflegeeinrichtungen.                    |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit                            | Das MediClin Herzzentrum Coswig lädt in regelmäßigen Abständen zum Tag der offenen Tür ein. Im Rahmen des „Gesundheitscafés“ für Patienten und Interessierte finden Informationsveranstaltungen statt. Auf positive Resonanz stoßen auch unsere regelmäßig stattfindenden Kunstausstellungen. |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot                            |   |

| Nr.  | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot       | Kommentar  |
|------|--|--|
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie                  | Bewegungstherapie/Mobilisation nach einem Herzinfarkt, nach einer Bypass-/Herzklappenoperation sowie Therapie nach Bobath bei Schlaganfall. Ziel ist eine schnelle Reintegration in das tägliche Leben bzw. die Vorbereitung auf eine Anschlussheilbehandlung.                                   |
| MP51 | Wundmanagement                                   | Im Rahmen eines standardisierten und einheitlichen Wundmanagements erfolgt die Behandlung operativer und chronischer Wunden, um ein optimales Heilungsergebnis zu erzielen. Verwendet werden ausschließlich moderne Wundauflagen, die regelmäßig dem medizinischen Fortschritt angepasst werden. |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | Defibrillator<br>Selbsthilfegruppe - mehrmals jährlich stattfindende Treffen mit Betroffenen zum Erfahrungsaustausch.  |

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

| Nr.  | Leistungsangebot                       | Zusatzangaben            | Link | Kommentar  |
|------|--|--------------------------|------|--|
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle  |                          |      | Auf Wunsch des Patienten ist die Unterbringung in einem unserer 11 Einbettzimmer möglich (Wahlleistung). Die Einzelzimmer sind alle mit eigener Nasszelle sowie kleiner Besucherecke ausgestattet. |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle |                          |      | Das MediClin Herzzentrum Coswig verfügt standardmäßig über 44 Zwei-Bett-Zimmer.  |
| NM14 | Fernsehgerät am Bett/im Zimmer         | Kosten pro Tag:<br>0,00€ |      | Alle Patientenzimmer sind mit einem Fernsehgerät ausgestattet. Der Empfang erfolgt über Kopfhörer, die unsere Patienten bei ihrer Ankunft erhalten.  |
| NM15 | Internetanschluss am Bett/im Zimmer    | Kosten pro Tag:<br>4,00€ |      | Die Patienten haben die Möglichkeit, einen WLAN-Zugang über die Rezeption zu erwerben.   |
| NM17 | Rundfunkempfang am Bett                | Kosten pro Tag:<br>0,00€ |      | Jeder Patient hat die Möglichkeit, am eigenen Bett Radio zu hören. Es können mehrere Kanäle empfangen werden.  |



| Nr.  | Leistungsangebot                    | Zusatzangaben  | Link | Kommentar  |
|------|-------------------------------------|--|------|--|
| NM18 | Telefon am Bett                     | Kosten pro Tag:<br>1,00€<br>Kosten pro Minute<br>ins deutsche<br>Festnetz:<br>0,15€<br>Kosten pro Minute<br>bei eintreffenden<br>Anrufen:<br>0,00€ |      | Alle Zimmer verfügen über ein Telefon für jeden Patienten.   |
| NM19 | Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer   |  |      | In den Patientenzimmern befinden sich abschließbare Schränke, in denen unsere Patienten ihre Wertsachen aufbewahren können. Die Aufbewahrung persönlicher Wertsachen ist ebenso im Tresor an der Rezeption möglich.  |
| NM01 | Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum |  |      | Jeweils zwei Zwei-Bett-Zimmer verfügen über einen gemeinsamen Aufenthaltsraum, beispielsweise zum Besucherempfang.<br>Zusätzlich befinden sich auf den Normalstationen Aufenthaltsräume, in denen sich die Patienten gemeinsam treffen bzw. ihre Angehörigen empfangen können. |

| Nr.  | Leistungsangebot  | Zusatzangaben   | Link | Kommentar  |
|------|---|---|------|--|
| NM30 | Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen   | Kosten pro Stunde maximal:<br>0,00€<br>Kosten pro Tag maximal:<br>0,00€ |      |  |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)   |   |      |  |
| NM40 | Empfangs- und Begleitedienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen |   |      | Nachdem unsere Patienten an der Rezeption empfangen und medizinisch aufgenommen wurden, werden sie auf Wunsch vom Personal auf ihre Station begleitet. Unsere Mitarbeiter stehen auch gern für den Transport des Gepäcks zur Verfügung.    |
| NM42 | Seelsorge   |   |      | Die Klinikseelsorge wird im ökumenischen Sinn von einem Pfarrer wahrgenommen. Er ist Ansprechpartner für die Patienten, Angehörigen und Mitarbeiter des Hauses. Auf Wunsch wird der Kontakt zu anderen Glaubensgemeinschaften hergestellt. |

| Nr.  | Leistungsangebot   | Zusatzangaben | Link | Kommentar   |
|------|--|---------------|------|---|
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen |               |      | Patienten und interessierte Personen können sich in unserem „Gesundheitscafé“ in Veranstaltungen zu unterschiedlichen Themen informieren. |

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr.  | Aspekte der Barrierefreiheit   | Kommentar |
|------|--|-----------|
| BF06 | Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.   |           |
| BF07 | Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette   |           |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen  |           |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug  |           |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen   |           |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung   |           |
| BF14 | Arbeit mit Piktogrammen  |           |
| BF17 | Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)         |           |
| BF18 | OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische                       |           |
| BF19 | Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße   |           |
| BF20 | Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten |           |
| BF21 | Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter                 |           |
| BF22 | Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe                     |           |
| BF25 | Dolmetscherdienst  |           |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal  |           |

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Nr.  | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten    | Kommentar   |
|------|---|---|
| FL01 | Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten                          | Dresden International University (DIU)  |
| FL02 | Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen  |   |
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)                                   |   |
| FL04 | Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten                      | Aarhus University sowie Steinbeis Hochschule Berlin   |
| FL06 | Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien                                    |   |
| FL07 | Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien |   |
| FL08 | Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher                            | Erstellung von Broschüren und Bücher für verschiedene Veranstaltungen mit dem Börs Bruckmeier Verlag München  |
| FL09 | Doktorandenbetreuung  | Mitglied der Gutachterkommission "Brustschmerzambulanz" der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Mitglied der Gutachterkommission "chest pain unit" der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Mitglied der Fachkommission Kardiologie der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt |

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr.  | Ausbildung in anderen Heilberufen   | Kommentar |
|------|---|-----------|
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin                               |           |
| HB03 | Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin                           |           |
| HB05 | Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA) |           |

| Nr.  | Ausbildung in anderen Heilberufen   | Kommentar |
|------|---|-----------|
| HB07 | Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)  |           |
| HB13 | Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF) |           |
| HB15 | Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)  |           |
| HB17 | Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin   |           |

### **A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus**

Betten: 113

### **A-10 Gesamtfallzahlen**

Vollstationäre Fallzahl: 4396

Teilstationäre Fallzahl: 0

Ambulante Fallzahl: 418

### **A-11 Personal des Krankenhauses**

#### **A-11.1 Ärzte und Ärztinnen**

| <b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften</b> |       |  |
|---|-------|--|
| Anzahl (gesamt)   | 46,68 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                        | 46,68 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                       | 0     |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung                                 | 0     |  |
| Personal in der stationären Versorgung                                | 0     |  |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit                              | 40,00 |  |



**davon Fachärzte und Fachärztinnen (ohne Belegärzte) in Vollkräften**

|   |       |  |
|---|-------|--|
| Anzahl (gesamt)                                 | 29,09 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 29,09 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0     |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung           | 0     |  |
| Personal in der stationären Versorgung          | 0     |  |

**Belegärzte und Belegärztinnen**

|        |   |  |
|--------|---|--|
| Anzahl | 0 |  |
|--------|---|--|

**A-11.2 Pflegepersonal**

**Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen**

|   |        |  |
|---|--------|--|
| Anzahl (gesamt)                                 | 121,98 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 121,98 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0      |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung           | 0      |  |
| Personal in der stationären Versorgung          | 0      |  |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit        | 40,00  |  |

### Altenpfleger und Altenpflegerinnen

|   |      |  |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt)                                 | 0,33 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,33 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung           | 0    |  |
| Personal in der stationären Versorgung          | 0    |  |

### Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

|   |      |  |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt)                                 | 0,67 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,67 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung           | 0    |  |
| Personal in der stationären Versorgung          | 0    |  |

### Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

|   |      |  |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt)                                 | 3,68 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 3,68 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung           | 0    |  |
| Personal in der stationären Versorgung          | 0    |  |

| <b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>       |       |                |
|---|-------|----------------|
| Anzahl (gesamt)                                 | 13,21 | Stationshilfen |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 13,21 |                |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0     |                |
| Personal in der ambulanten Versorgung           | 0     |                |
| Personal in der stationären Versorgung          | 0     |                |

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **A-11.4      Spezielles therapeutisches Personal**

| <b>SP43 Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)</b> |       |  |
|---|-------|--|
| Anzahl (gesamt)   | 19,87 | Herzkatheterlabor,<br>Funktionsdiagnostik, Kardiotechnik |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 19,87 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis   | 0     |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung   | 0     |  |
| Personal in der stationären Versorgung  | 0     |  |

| <b>SP56 Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)</b> |      |  |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt)   | 5,04 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 5,04 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis   | 0    |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung   | 0    |  |
| Personal in der stationären Versorgung  | 0    |  |

### SP28 Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

|   |      |  |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt)                                 | 0,84 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,84 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung           | 0    |  |
| Personal in der stationären Versorgung          | 0    |  |

### SP32 Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

|   |      |             |
|---|------|-------------|
| Anzahl (gesamt)                                 | 0,19 | nach Bobath |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,19 |             |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |             |
| Personal in der ambulanten Versorgung           | 0    |             |
| Personal in der stationären Versorgung          | 0    |             |

### SP21 Physiotherapeut und Physiotherapeutin

|   |      |  |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt)                                 | 5,93 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 5,93 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung           | 0    |  |
| Personal in der stationären Versorgung          | 0    |  |

### SP25 Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

|   |   |  |
|---|---|--|
| Anzahl (gesamt)                                 | 1 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 1 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung           | 0 |  |
| Personal in der stationären Versorgung          | 0 |  |



### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen Risikomanagement

| Nr.  | Instrument bzw. Maßnahme  | Zusatzangaben   |
|------|---|---|
| RM01 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor                            | Externe Qualitätssicherung vom 16.08.2017                         |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen  |   |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen  |   |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement  | Standard Reanimation vom 20.07.2016                               |
| RM05 | Schmerzmanagement   | Expertenstandard Schmerzmanagement vom 12.09.2016                 |
| RM06 | Sturzprophylaxe   | Expertenstandard Sturzprophylaxe vom 12.09.2016                   |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Expertenstandard Dekubitusprophylaxe vom 12.09.2016               |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen   | Standard Freiheitsentziehende Maßnahmen vom 12.09.2016            |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten   | Wartung und Überwachung von Geräten und Anlagen vom 28.07.2017    |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen  | Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen                           |
| RM11 | Standards zur sicheren Medikamentenvergabe  | Standard Richten und Verabreichen von Medikamenten vom 15.03.2017 |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen  |   |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten   |   |
| RM14 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwartetem Blutverlust                      | Checkliste Patientensicherheit vom 22.08.2017                     |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde   | Checkliste Patientensicherheit vom 22.08.2017                     |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen  | Checkliste Patientensicherheit vom 22.08.2017                     |

| Nr.  | Instrument bzw. Maßnahme                                | Zusatzangaben                                  |
|------|---|--|
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung | Standard postoperatives Weaning vom 22.09.2016 |
| RM18 | Entlassungsmanagement                                   | Externe Qualitätssicherung vom 16.08.2017      |

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem Ja

eingrichtet:

Tagungsfrequenz: bei Bedarf

Massnahmen: Gespräche des ärztlichen und pflegerischen Personals bezüglich der korrekten Dokumentation von Medikamenten.

Einführung eines Patientenidentifikationsarmbandes.

| Nr.  | Instrument bzw. Maßnahme  | letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz |
|------|---|---|
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor                                       | 04.05.2015                              |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen  | halbjährlich                            |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | bei Bedarf                              |

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen: Nein

## A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission Ja

eingrichtet:

Tagungsfrequenz: halbjährlich

**Vorsitzender:**

Position: Chefarzt / Hygienebeauftragter Arzt  
 Titel, Vorname, Name: Dr. Thomas Eberle  
 Telefon: 034903/49-501  
 Fax: 034903/49-503  
 E-Mail: [thomas.eberle@mediclin.de](mailto:thomas.eberle@mediclin.de)

| Hygienepersonal   | Anzahl (Personen) | Kommentar   |
|---|-------------------|---|
| Krankenhaustygeniker und Krankenhaushygienikerinnen       | 1                 | Unser Haus wird durch eine Krankenhaushygienikerin des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene (BZH) in Freiburg betreut. Zweimal jährlich nimmt sie an den Hygienekommissionssitzungen teil und führt Begehungen durch. Des Weiteren ist das BZH über eine telefonische Hotline 24 h erreichbar. |
| Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen | 3                 |   |
| Hygienefachkräfte (HFK)                                   | 2                 |   |
| Hygienebeauftragte in der Pflege                          | 14                |   |

**A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene**

**A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen**

| Hygienestandard ZVK   |    |
|---|----|
| Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor  | ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert                              | ja |
| Standard thematisiert Hygienische Händedesinfektion   | ja |
| Standard thematisiert Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum | ja |
| Standard thematisiert die Beachtung der Einwirkzeit   | ja |



### Anwendung weiterer Hygienemassnahmen

|                     |    |
|---------------------|----|
| sterile Handschuhe  | ja |
| steriler Kittel     | ja |
| Kopfhaube           | ja |
| Mund Nasen Schutz   | ja |
| steriles Abdecktuch | ja |

### Venenverweilkatheter

|  |    |
|--|----|
| Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor | ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert                           | ja |

## A-12.3.2.2 Antibiotikaprophylaxe Antibiotikatherapie

### Antibiotikatherapie

|  |    |
|--|----|
| Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor                      | ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert | ja |
| Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst:         | ja |

### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe

|  |    |
|--|----|
| Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor   | ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert   | ja |
| Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe wird bei jedem operierten Patienten mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft | ja |
| Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe  | ja |
| Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)  | ja |
| Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe  | ja |

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

| Standard Wundversorgung Verbandwechsel   |    |
|--|----|
| Standard Wundversorgung Verbandwechsel liegt vor   | ja |
| Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert       | ja |
| Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)  | ja |
| Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) | ja |
| Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden  | ja |
| Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage  | ja |
| Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion  | ja |

### A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

| Händedesinfektion (ml/Patiententag)   |    |
|---|----|
| Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen | ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen                    | 23 |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen                     | 89 |

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

| MRE   |    |
|---|----|
| Die standardisierte Information der Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z.B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke   | ja |
| Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort an deren Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden) | ja |
| Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen   | ja |
| Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten   | ja |

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr.  | Instrument bzw. Maßnahme   | Zusatzangaben                             | Erläuterungen |
|------|--|---|---------------|
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | ITS_KISS<br>OP_KISS                       |               |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen                      | Netzwerk Hygiene in Sachsen-Anhalt (HYSA) |               |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)   | Teilnahme (ohne Zertifikat)               |               |
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten  |   |               |
| HM09 | Schulungen der 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 Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert   | ja |                           |
| Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden  | ja |                           |
| Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt   | ja |                           |
| Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt   | ja |                           |

#### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement**

Link zum Bericht: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

Kommentar: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin**

Kommentar: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten**

Link zur Internetseite: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **Zusatzinformationen für Patientenbefragungen**

Link zur Internetseite: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **Zusatzinformationen für Einweiserbefragungen**

Link zur Internetseite: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

| Nr.  | Vorhandene Geräte                             | Umgangssprachliche Bezeichnung  | 24h verfügbar             | Kommentar  |
|------|---|---|---------------------------|--|
| AA01 | Angiographiegerät/DAS                         | Gerät zur Gefäßdarstellung  | ja                        |  |
| AA08 | Computertomograph (CT)                        | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen   | ja                        |  |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren               | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)  | ja                        |  |
| AA15 | Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung |   | ja                        | ECMO: vorübergehende mechanische Unterstützung der Kreislauf- und Lungenfunktion |
| AA18 | Hochfrequenzthermoablationsgerät              | Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik   | keine Angabe erforderlich |  |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT)                 | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder            | ja                        | in Kooperation mit anderen Einrichtungen   |
| AA32 | Szintigraphiescanner/ Gammasonde              | Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten | keine Angabe erforderlich | in Kooperation mit anderen Einrichtungen   |

## **B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen**

### **B-1 Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie**

#### **B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie"**

Fachabteilungsschlüssel: 2100

Art: Klinik für Herz- und  
Gefäßchirurgie

##### **Chefarzt oder Chefärztin:**

Position: Direktor, Chefarzt  
Titel, Vorname, Name: PD Dr. med. Harald Hausmann  
Telefon: 034903/49-301  
Fax: 034903/49-303  
E-Mail: [harald.hausmann@mediclin.de](mailto:harald.hausmann@mediclin.de)

##### **Weitere Zugänge:**

Anschrift: Lerchenfeld 1  
06869 Coswig (Anhalt)  
URL: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

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

| <b>Nr.</b> | <b>Medizinische Leistungsangebote</b>   | <b>Kommentar</b>  |
|------------|---|---|
| VC01       | Koronarchirurgie  | auch minimal invasive Koronarchirurgie  |
| VC02       | Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikulruptur | beispielsweise Mitralklappenersatz bei Papillarmuskelabriss   |
| VC03       | Herzklappenchirurgie  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herzklappenersatz durch mechanische und biologische Herzklappen</li> <li>• minimal invasive Aorten- und Mitralklappenchirurgie</li> <li>• Aorten- und Mitralklappenrekonstruktion</li> </ul> |
| VC04       | Chirurgie der angeborenen Herzfehler  | Behandlung von Erwachsenen  |
| VC05       | Schrittmachereingriffe  | Implantation und Wechsel von Ein-, Zwei- und Drei-Kammer-Herzschrittmachern   |
| VC06       | Defibrillatöreingriffe  | Implantation und Wechsel von Ein-, Zwei- und Drei-Kammer-Defibrillatoren  |
| VC08       | Lungenembolektomie  |   |
| VC09       | Behandlung von Verletzungen am Herzen   | Verletzungen nach Messerstich oder Herzschrittmacher-Implantationen   |
| VC10       | Eingriffe am Perikard   | Perikardektomie: Entfernung des Herzbeutels wegen Behinderung der Herzfähigkeit   |
| VC16       | Aortenaneurysmachirurgie  | Einsatz der Herz-Lungen-Maschine  |
| VC17       | Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen   | peripher arterieller Bypass, z.B. Carotis-OP  |
| VC18       | Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen   |   |
| VC19       | Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen  |   |
| VC61       | Dialyseshuntchirurgie   |   |

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar   |
|------|--------------------------------|---|
| VC00 | Revaskularisation des Myokards | Einsatz von Hybridtechniken (Kombination chirurgischer und interventioneller Techniken)<br>Laserrevaskularisation im Endstadium einer koronaren Herzerkrankung, notfallmäßige Revaskularisation nach Myokardinfarkt bzw. bei Komplikationen interventioneller Eingriffe |

#### **B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

#### **B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl: 1027

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**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

#### **B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)**

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht



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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

## B-1.11 Personelle Ausstattung

### B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### Hauptabteilung:

| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften |       |  |
|--|-------|--|
| Anzahl (gesamt)  | 16,16 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                 | 16,16 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                | 0     |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung                          | 0     |  |
| Personal in der stationären Versorgung                         | 0     |  |
| Fälle je Vollkraft   |       |  |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit                       | 40,00 |  |

| davon Fachärzte und Fachärztinnen (ohne Belegärzte) in Vollkräften |      |  |
|--|------|--|
| Anzahl (gesamt)  | 8,07 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                     | 8,07 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                    | 0    |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung                              | 0    |  |
| Personal in der stationären Versorgung                             | 0    |  |
| Fälle je Vollkraft   |      |  |

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr.  | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) | Kommentar |
|------|---|-----------|
| AQ06 | Allgemeinchirurgie  |           |
| AQ07 | Gefäßchirurgie  |           |
| AQ08 | Herzchirurgie   |           |

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar |
|------|----------------------|-----------|
| ZF15 | Intensivmedizin      |           |

## B-1.11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen |       |  |
|--|-------|--|
| Anzahl (gesamt)  | 27,95 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                           | 27,95 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                          | 0     |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung                                    | 0     |  |
| Personal in der stationären Versorgung                                   | 0     |  |
| Fälle je Anzahl  |       |  |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit                                 | 40,00 |  |

### Altenpfleger und Altenpflegerinnen

|   |      |  |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt)                                 | 0,33 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,33 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung           | 0    |  |
| Personal in der stationären Versorgung          | 0    |  |
| Fälle je Anzahl                                 |      |  |

### Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

|   |     |  |
|---|-----|--|
| Anzahl (gesamt)                                 | 0,7 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 0,7 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0   |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung           | 0   |  |
| Personal in der stationären Versorgung          | 0   |  |
| Fälle je Anzahl                                 |     |  |

### Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

|   |      |                |
|---|------|----------------|
| Anzahl (gesamt)                                 | 3,97 | Stationshilfen |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 3,97 |                |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |                |
| Personal in der ambulanten Versorgung           | 0    |                |
| Personal in der stationären Versorgung          | 0    |                |
| Fälle je Anzahl                                 |      |                |



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

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar |
|------|--|-----------|
| PQ05 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten                    |           |
| PQ20 | Praxisanleitung  |           |

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

| Nr.  | Zusatzqualifikation | Kommentar |
|------|---------------------|-----------|
| ZP18 | Dekubitusmanagement |           |
| ZP08 | Kinästhetik         |           |
| ZP20 | Palliative Care     |           |
| ZP19 | Sturzmanagement     |           |
| ZP16 | Wundmanagement      |           |

**B-1.11.3      Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## **B-2 Klinik für Kardiologie und Angiologie**

### **B-2.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Kardiologie und Angiologie"**

Fachabteilungsschlüssel: 0300

Art: Klinik für Kardiologie  
und Angiologie

#### **Chefarzt oder Chefärztin:**

Position: Direktor, Chefarzt  
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Tom Giesler, M.A., FESC  
Telefon: 034903/49-401  
Fax: 034903/49-403  
E-Mail: [tom.giesler@mediclin.de](mailto:tom.giesler@mediclin.de)

#### **Weitere Zugänge:**

Anschrift: Lerchenfeld 1  
06869 Coswig (Anhalt)  
URL: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

### **B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

| <b>Nr.</b> | <b>Medizinische Leistungsangebote</b>  | <b>Kommentar</b>   |
|------------|--|--|
| VI01       | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten                                       | Diagnostik und Therapie von Stenosen der Herzkranzgefäße (Aufdehnung mittels Ballonkatheter, Stentimplantation, Wiederöffnung chronischer Verschlüsse, intravaskulärer Ultraschall, Rotablation, FFR-Messung - intrakoronare Druckmessung) |
| VI02       | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes | Hierunter fallen u.a. Spiroergometrie, Bodyplethysmographie, Blutgasanalysen und Rechtsherzkatheteruntersuchungen  |
| VI03       | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit                                 | Hierzu zählen u.a. interventionelle Katheterablationen, kathetervermittelte Therapie angeborener und erworbener Herzfehler, einschließlich TAVI und Mitraclip  |
| VI04       | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren                | Koronarangiographie, Arteriographie, Koronarangioplastie (PTCA) mit Stent-Implantation, kathetervermittelte Therapie aller Gefäße, Atherektomie, Thrombektomie, koronare Rotablation   |
| VI05       | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten         |  |
| VI06       | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten                                      |  |
| VI07       | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)                                    | Abklärung primärer und sekundärer Hypertonie (u.a. 24-h-Langzeit-Blutdruckmessung), Therapieeinleitung   |
| VI15       | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge                            | u.a. Lungenfunktionsuntersuchung, Bodyplethysmographie   |
| VI20       | Intensivmedizin  |  |

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote                            | Kommentar  |
|------|---|--|
| VI27 | Spezialsprechstunde                                       | Schrittmacher-, ICD- sowie CRT-D-Sprechstunde  |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen         | Abklärung von ventrikulären und supraventrikulären Herzrhythmusstörungen sowie medikamentöse und interventionelle Therapie (Ablation), antibradykarde und antitachykarde Therapie mittels Schrittmacher-/Defibrillator-/CRT-Implantation |
| VI32 | Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin | Screening auf das Vorliegen eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms   |
| VI34 | Elektrophysiologie  | komplette Elektrophysiologie   |
| VI00 | Behandlung valvulärer und struktureller Herzerkrankungen  | TAVI, Mitraclip  |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen                           |  |
| VR02 | Native Sonographie  |  |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie                        |  |
| VR04 | Duplexsonographie   | Farbduplexsonographie (transkutan, peripher, viszeral, extrazerebrall)   |
| VR05 | Sonographie mit Kontrastmittel                            |  |
| VR08 | Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung     |  |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ                           |  |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel               |  |
| VR12 | Computertomographie (CT), Spezialverfahren                |  |
| VR15 | Arteriographie  |  |
| VR16 | Phlebographie   |  |
| VR26 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung      |  |
| VR28 | Intraoperative Anwendung der Verfahren                    |  |
| VR29 | Quantitative Bestimmung von Parametern                    |  |
| VR44 | Teleradiologie  | In Kooperation mit dem Städtischen Klinikum Dessau.  |

## **B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## **B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl: 3089

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**

| <b>Kardiologische Ambulanz</b> |  |
|--------------------------------|--|
| Ambulanzart:                   | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)(AM04)                         |
| Kommentar:                     | Persönliche Ermächtigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt zur Versorgung gesetzlich Versicherter. Voraussetzung zur ambulanten Behandlung: Überweisung von Kardiologen oder kardiologisch tätigen Internisten. |
| Angebotene Leistung:           | Kontrolle von Herzschrittmachern und Defibrillatoren nach Erstimplantation und bei Funktionsstörung (VI00)   |
| Angebotene Leistung:           | Dobutamin-Stressechokardiographie (VI00)   |
| Angebotene Leistung:           | transösophageale Echokardiographie (TEE) (VI00)  |
| Angebotene Leistung:           | Spiroergometrie (VI00)   |





## **B-2.11 Personelle Ausstattung**

### **B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

#### **Hauptabteilung:**

| <b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften</b> |       |  |
|---|-------|--|
| Anzahl (gesamt)   | 17,39 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                        | 17,39 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                       | 0     |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung                                 | 0     |  |
| Personal in der stationären Versorgung                                | 0     |  |
| Fälle je Vollkraft  |       |  |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit                              | 40,00 |  |

| <b>davon Fachärzte und Fachärztinnen (ohne Belegärzte) in Vollkräften</b> |      |  |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt)   | 8,41 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 8,41 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0    |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung                                     | 0    |  |
| Personal in der stationären Versorgung                                    | 0    |  |
| Fälle je Vollkraft  |      |  |

#### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

| <b>Nr.</b> | <b>Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)</b> | <b>Kommentar</b> |
|------------|--|------------------|
| AQ23       | Innere Medizin   |                  |
| AQ28       | Innere Medizin und Kardiologie   |                  |

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

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar |
|------|----------------------|-----------|
| ZF44 | Sportmedizin         |           |

**B-2.11.2 Pflegepersonal**

| <b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b> |       |  |
|---|-------|--|
| Anzahl (gesamt)   | 14,37 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                  | 14,37 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                 | 0     |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung   | 0     |  |
| Personal in der stationären Versorgung  | 0     |  |
| Fälle je Anzahl   |       |  |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit  | 40,00 |  |

| <b>Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen</b> |      |  |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt)                                   | 0,67 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis    | 0,67 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis   | 0    |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung             | 0    |  |
| Personal in der stationären Versorgung            | 0    |  |
| Fälle je Anzahl                                   |      |  |

### Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

|   |      |  |
|---|------|--|
| Anzahl (gesamt)                                 | 2,73 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 2,73 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung           | 0    |  |
| Personal in der stationären Versorgung          | 0    |  |
| Fälle je Anzahl                                 |      |  |

### Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

|   |      |                |
|---|------|----------------|
| Anzahl (gesamt)                                 | 5,31 | Stationshilfen |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 5,31 |                |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |                |
| Personal in der ambulanten Versorgung           | 0    |                |
| Personal in der stationären Versorgung          | 0    |                |
| Fälle je Anzahl                                 |      |                |

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

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar |
|------|--|-----------|
| PQ22 | Intermediate Care Pflege   |           |
| PQ05 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten                    |           |
| PQ20 | Praxisanleitung  |           |



**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

| Nr.  | Zusatzqualifikation | Kommentar |
|------|---------------------|-----------|
| ZP18 | Dekubitusmanagement |           |
| ZP03 | Diabetes            |           |
| ZP08 | Kinästhetik         |           |
| ZP20 | Palliative Care     |           |
| ZP19 | Sturzmanagement     |           |
| ZP16 | Wundmanagement      |           |

**B-2.11.3      Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## **B-3 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin**

### **B-3.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin"**

Fachabteilungsschlüssel: 3600

Art: Klinik für  
Anästhesiologie und  
Intensivmedizin

#### **Chefarzt oder Cheförztn:**

Position: Chefarzt  
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Thomas Eberle  
Telefon: 034903/49-501  
Fax: 034903/49-503  
E-Mail: [thomas.eberle@mediclin.de](mailto:thomas.eberle@mediclin.de)

#### **Weitere Zugänge:**

Anschrift: Lerchenfeld 1  
06869 Coswig (Anhalt)  
URL: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

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

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote  | Kommentar  |
|------|---|--|
| VC01 | Koronarchirurgie  |  |
| VC02 | Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikulruptur |  |
| VC03 | Herzklappenchirurgie  |  |
| VC04 | Chirurgie der angeborenen Herzfehler  |  |
| VC05 | Schrittmachereingriffe  |  |
| VC06 | Defibrillatoreingriffe  |  |
| VC08 | Lungenembolektomie  |  |
| VC09 | Behandlung von Verletzungen am Herzen   |  |
| VC10 | Eingriffe am Perikard   |  |
| VC16 | Aortenaneurysmachirurgie  |  |
| VC17 | Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen   |  |
| VC18 | Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen   |  |
| VC67 | Chirurgische Intensivmedizin  | Auf der interdisziplinären Intensivstation werden herz- und gefäßchirurgische sowie kardiologische/angiologische Patienten versorgt.     |
| VC71 | Notfallmedizin  | Intensivmedizinische Versorgung von innerklinischen und außerklinischen Notfallpatienten.  |
| VC00 | Hämotherapie  | Therapie der Patienten mit Blutprodukten (z.B. Erythrozytenkonzentrate) und Gerinnungsfaktoren und Einsatz fremdblutsparender Maßnahmen. |
| VC00 | Schmerztherapie   | Schmerzausschaltung nach großen herz- und gefäßchirurgischen Eingriffen (differenzierte systemische und regionale Schmerztherapie).      |
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten  |  |

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote   | Kommentar  |
|------|--|--|
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes |  |
| 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)                                    |  |
| VI20 | Intensivmedizin  | Auf der interdisziplinären Intensivstation werden herz- und gefäßchirurgische sowie kardiologische/angiologische Patienten versorgt.   |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis   |  |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen  |  |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen  |  |
| VX00 | Anästhesie   | Prämedikationsvisite, Allgemeinanästhesie, Regionalanästhesie, postanästhesiologische Visite   |
| VX00 | Kardioanästhesie   | Kontinuierliche Überwachung: arterielle Blutdruckmessung, zentraler Venenkatheter, pulmonalarterieller Katheter, transösophageale Echokardiographie, Bronchoskopie bei Einlungenbeatmung mit Doppellumentubus oder Bronchusblocker, regionale Sauerstoffmessung im Gehirn, fremdblutsparende Maßnahmen |
| VX00 | Schmerztherapie  | Patientenkontrollierte Schmerztherapie, transkutane Nervenstimulation, medikamentöse Schmerztherapie   |

#### **B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)



### **B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

|                          |      |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 1027 |
| 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**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

### **B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)**

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

## **B-3.11 Personelle Ausstattung**

### **B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

#### **Hauptabteilung:**

| <b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften</b> |       |  |
|---|-------|--|
| Anzahl (gesamt)   | 13,13 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                        | 13,13 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                       | 0     |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung                                 | 0     |  |
| Personal in der stationären Versorgung                                | 0     |  |
| Fälle je Vollkraft  |       |  |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit                              | 40,00 |  |

| <b>davon Fachärzte und Fachärztinnen (ohne Belegärzte) in Vollkräften</b> |       |  |
|---|-------|--|
| Anzahl (gesamt)   | 12,61 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 12,61 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0     |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung                                     | 0     |  |
| Personal in der stationären Versorgung                                    | 0     |  |
| Fälle je Vollkraft  |       |  |

#### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

| <b>Nr.</b> | <b>Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)</b> | <b>Kommentar</b> |
|------------|--|------------------|
| AQ01       | Anästhesiologie  |                  |
| AQ23       | Innere Medizin   |                  |

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung               | Kommentar |
|------|------------------------------------|-----------|
| ZF15 | Intensivmedizin                    |           |
| ZF28 | Notfallmedizin                     |           |
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – |           |
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie          |           |

### B-3.11.2 Pflegepersonal

| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen |       |  |
|--|-------|--|
| Anzahl (gesamt)  | 79,66 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis                           | 79,66 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                          | 0     |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung                                    | 0     |  |
| Personal in der stationären Versorgung                                   | 0     |  |
| Fälle je Anzahl  |       |  |
| maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit                                 | 40,00 |  |

| Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen |      |  |
|--|------|--|
| Anzahl (gesamt)                                  | 0,25 |  |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis   | 0,25 |  |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis  | 0    |  |
| Personal in der ambulanten Versorgung            | 0    |  |
| Personal in der stationären Versorgung           | 0    |  |
| Fälle je Anzahl                                  |      |  |

| <b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>       |      |                |
|---|------|----------------|
| Anzahl (gesamt)                                 | 3,93 | Stationshilfen |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis  | 3,93 |                |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0    |                |
| Personal in der ambulanten Versorgung           | 0    |                |
| Personal in der stationären Versorgung          | 0    |                |
| Fälle je Anzahl                                 |      |                |

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

| <b>Nr.</b> | <b>Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss</b> | <b>Kommentar</b>          |
|------------|---|---------------------------|
| PQ01       | Bachelor  | Gesundheitswissenschaften |
| PQ13       | Hygienefachkraft  |                           |
| PQ04       | Intensivpflege und Anästhesie   |                           |
| PQ05       | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten                           |                           |
| PQ08       | Operationsdienst  |                           |
| PQ07       | Pflege in der Onkologie   |                           |
| PQ20       | Praxisanleitung   |                           |

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

| <b>Nr.</b> | <b>Zusatzqualifikation</b> | <b>Kommentar</b> |
|------------|----------------------------|------------------|
| ZP22       | Atmungstherapie            |                  |
| ZP02       | Bobath                     |                  |
| ZP18       | Dekubitusmanagement        |                  |
| ZP08       | Kinästhetik                |                  |
| ZP20       | Palliative Care            |                  |
| ZP13       | Qualitätsmanagement        |                  |
| ZP14       | Schmerzmanagement          |                  |
| ZP19       | Sturzmanagement            |                  |
| ZP16       | Wundmanagement             |                  |

**B-3.11.3      Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## C Qualitätssicherung

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

#### C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

| Leistungsbereich  | Fallzahl | Zählbereich von | Dokumentationsrate | Kommentar   |
|---|----------|-----------------|--------------------|---|
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)                          | 204      |                 | 100,0              |   |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)                       | 18       |                 | 100,0              |   |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) | 57       |                 | 98,3               |   |
| Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)  | 65       |                 | 100,0              |   |
| Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)                                     | 15       |                 | 100,0              |   |
| Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)                 | 42       |                 | 100,0              |   |
| Karotis-Revaskularisation (10/2)  | 55       |                 | 100,0              |   |
| Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)                                     | 0        |                 |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Geburtshilfe (16/1)   | 0        |                 |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)                        | 0        |                 |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Mammachirurgie (18/1)   | 0        |                 |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)   | 44       |                 | 100,0              |   |
| Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirurgie) (HCH)                                   | 766      |                 | 100,0              |   |

| Leistungsbereich  | Fallzahl | Zählbereich von | Dokumentationsrate | Kommentar   |
|---|----------|-----------------|--------------------|---|
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_ENDO)                         | 149      | HCH             | 99,3               |   |
| Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_TRAPI)                         | 11       | HCH             | 100,0              |   |
| Hüftendoprothesenversorgung (HEP)   | 0        |                 |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP) | 0        | HEP             |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)                                     | 0        | HEP             |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)  | 0        |                 |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)  | 0        | HTXM            |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Herztransplantation (HTXM_TX)   | 0        | HTXM            |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Knieendoprothesenversorgung (KEP)   | 0        |                 |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)                 | 0        | KEP             |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (KEP_WE)                                     | 0        | KEP             |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |

| Leistungsbereich                                      | Fallzahl | Zählbereich von | Dokumentationsrate | Kommentar   |
|---|----------|-----------------|--------------------|---|
| Leberlebendspende (LLS)                               | 0        |                 |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Lebertransplantation (LTX)                            | 0        |                 |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)         | 0        |                 |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Neonatalogie (NEO)                                    | 0        |                 |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Nierenlebendspende (NLS)                              | 0        |                 |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |
| Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)                   | 12       |                 | 100,0              |   |
| Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation (PNTX) | 0        |                 |                    | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht |

**C-1.2.[0] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)**

- I. Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt**
- I.A Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden**



|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>HCH-KOMB</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Feststellen, ob die Patientin / der Patient 30 Tage nach der Operation lebt oder verstorben ist</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>11391</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 91,97 - 100,00   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 78,84 - 80,95  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 100,00   |
| Grundgesamtheit  | 44   |
| Beobachtete Ereignisse   | 44   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 79,91  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | Nicht definiert  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. |

|   |  |
|---|--|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-<br/>chirurgisch)</b>  |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>  | <b>HCH-KCH</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                    | <b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts<br/>– unter Berücksichtigung der Schwere aller<br/>Krankheitsfälle</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>   | <b>11617</b>   |
| Bezug zu Infektionen  | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog   | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein<br>Strukturierter Dialog erforderlich (R10)                                   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr   | unverändert  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,72 - 1,82  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,96 - 1,08  |
| Rechnerisches Ergebnis  | 1,15   |
| Grundgesamtheit   | 447  |
| Beobachtete Ereignisse  | 17   |
| Erwartete Ereignisse  | 14,75  |
| Einheit des Qualitätsindikators   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen<br>Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis  | 1,02   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 1,69 (90. Perzentil, Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes -<br>bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich                | Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)   |
|---------------------------------|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>HCH-AORT-KATH</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes im Zusammenhang mit geplanter oder dringlicher Operation</b>  |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>11995</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 2,60 - 9,73  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 2,64 - 3,11  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 5,10   |
| Grundgesamtheit  | 157  |
| Beobachtete Ereignisse   | 8  |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 2,87   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | Nicht definiert  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>HCH-AORT-KATH</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Sterblichkeit 30 Tage nach Operation</b>  |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>11996</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 2,59 - 9,67  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 3,10 - 3,92  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 5,06   |
| Grundgesamtheit  | 158  |
| Beobachtete Ereignisse   | 8  |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 3,49   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | Nicht definiert  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>HCH-AORT-KATH</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Feststellen, ob die Patientin / der Patient 30 Tage nach der Operation lebt oder verstorben ist</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>11997</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 97,63 - 100,00   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 71,34 - 72,60  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 100,00   |
| Grundgesamtheit  | 158  |
| Beobachtete Ereignisse   | 158  |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 71,98  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | Nicht definiert  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)</b>  |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>HCH-AORT-CHIR</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>12092</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle (U32)  |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 1,33 - 5,35  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 1,01 - 1,29  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 2,71   |
| Grundgesamtheit  | 108  |
| Beobachtete Ereignisse   | 7  |
| Erwartete Ereignisse   | 2,58   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 1,14   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 2,26 (90. Perzentil, Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich                | Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)  |
|---------------------------------|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |



|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>HCH-AORT-KATH</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>12168</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)                              |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 0,92 - 3,45  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,90 - 1,05  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 1,81   |
| Grundgesamtheit  | 158  |
| Beobachtete Ereignisse   | 8  |
| Erwartete Ereignisse   | 4,42   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 0,97   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich                | Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)   |
|---------------------------------|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe</b>                                     |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>HCH-KOMB</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>12193</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)                              |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 0,08 - 2,22  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,88 - 1,11  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,43   |
| Grundgesamtheit  | (Datenschutz)  |
| Beobachtete Ereignisse   | (Datenschutz)  |
| Erwartete Ereignisse   | (Datenschutz)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 0,99   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 1,98 (90. Perzentil, Toleranzbereich)   |
| 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>Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe</b>  |
|---------------------------------|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-<br/>chirurgisch)</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>  | <b>HCH-KCH</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                    | <b>Entzündung im Brustkorbraum zwischen den<br/>beiden Lungenflügeln nach geplanter oder<br/>dringlicher Operation</b>  |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>   | <b>2256</b>   |
| Bezug zu Infektionen  | Ja  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog   | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert<br>(N02)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,29 - 0,42   |
| Rechnerisches Ergebnis  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit   | (Datenschutz)   |
| Beobachtete Ereignisse  | (Datenschutz)   |
| Erwartete Ereignisse  | (Datenschutz)   |
| Einheit des Qualitätsindikators   | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen<br>Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Bundesergebnis  | 0,35  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | Nicht definiert   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes -<br>bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. In dieser Kennzahl werden nur Mediastinitiden erfasst, die während des ersten stationären Aufenthaltes auftreten. Mediastinitiden können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei dieser Kennzahl zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-<br/>chirurgisch)</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>  | <b>HCH-KCH</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                    | <b>Entzündung im Brustkorbraum zwischen den<br/>beiden Lungenflügeln nach der Operation bei<br/>Patienten mit keinem oder geringem Risiko</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>   | <b>2257</b>   |
| Bezug zu Infektionen  | Ja  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog   | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein<br>Strukturierter Dialog erforderlich (R10)  |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr   | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,25 - 0,38   |
| Rechnerisches Ergebnis  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit   | (Datenschutz)   |
| Beobachtete Ereignisse  | (Datenschutz)   |
| Erwartete Ereignisse  | (Datenschutz)   |
| Einheit des Qualitätsindikators   | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen<br>Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis  | 0,30  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 1,22 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes -<br>bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                       | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                | Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)   |
|---------------------------------|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In diesem Indikator werden nur Mediastinitiden erfasst, die während des ersten stationären Aufenthaltes auftreten. Mediastinitiden können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.</p> |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>  | <b>HCH-AORT-CHIR</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                | <b>Entzündung im Brustkorbraum zwischen den beiden Lungenflügeln nach geplanter oder dringlicher Operation</b>  |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>   | <b>2263</b>   |
| Bezug zu Infektionen  | Ja  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                     | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)  |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 3,70   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,17 - 0,39   |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00  |
| Grundgesamtheit   | 100   |
| Beobachtete Ereignisse  | 0   |
| Erwartete Ereignisse  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators   | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                          | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Bundesergebnis  | 0,26  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | Nicht definiert   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. In dieser Kennzahl werden nur Mediastinitiden erfasst, die während des ersten stationären Aufenthaltes auftreten. Mediastinitiden können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei dieser Kennzahl zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. |



|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>HCH-AORT-CHIR</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Entzündung im Brustkorbraum zwischen den beiden Lungenflügeln nach der Operation bei Patientinnen und Patienten mit keinem oder mittlerem Risiko</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>2280</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Ja  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 0,00 - 4,53   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,14 - 0,38   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Grundgesamtheit  | 81  |
| Beobachtete Ereignisse   | 0   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 0,23  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 2,02 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                | Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)  |
|---------------------------------|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In diesem Indikator werden nur Mediastinitiden erfasst, die während des ersten stationären Aufenthaltes auftreten. Mediastinitiden können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.</p> |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe</b>  |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>  | <b>HCH-KOMB</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                | <b>Entzündung im Brustkorbraum zwischen den beiden Lungenflügeln nach einer geplanten Operation oder einer Operation, die dringlich durchgeführt werden muss (ohne Notfalloperation)</b>  |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>   | <b>2283</b>   |
| Bezug zu Infektionen  | Ja  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                     | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)  |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr   | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 8,57   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,17 - 0,47   |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00  |
| Grundgesamtheit   | 41  |
| Beobachtete Ereignisse  | 0   |
| Erwartete Ereignisse  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators   | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                          | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Bundesergebnis  | 0,29  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | Nicht definiert   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturiertes Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. In dieser Kennzahl werden nur Mediastinitiden erfasst, die während des ersten stationären Aufenthaltes auftreten. Mediastinitiden können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei dieser Kennzahl zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe</b>  |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>HCH-KOMB</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Entzündung im Brustkorbraum zwischen den beiden Lungenflügeln nach der Operation bei Patienten mit keinem oder geringem Risiko</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>2284</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Ja  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 0,00 - 9,41   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,18 - 0,53   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Grundgesamtheit  | 37  |
| Beobachtete Ereignisse   | 0   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 0,31  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 1,97 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                | Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe   |
|---------------------------------|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In diesem Indikator werden nur Mediastinitiden erfasst, die während des ersten stationären Aufenthaltes auftreten. Mediastinitiden können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.</p> |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)</b>  |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>HCH-KCH</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Verwendung der linksseitigen Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (sog. Bypass)</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>332</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 94,84 - 98,54   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 95,18 - 95,66   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 97,24   |
| Grundgesamtheit  | 326   |
| Beobachtete Ereignisse   | 317   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 95,43   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | >= 90,00 % (Zielbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)</b>  |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>HCH-AORT-CHIR</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes im Zusammenhang mit geplanter oder dringlicher Operation</b>  |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>341</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 1,80 - 2,41  |
| Rechnerisches Ergebnis   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit  | (Datenschutz)  |
| Beobachtete Ereignisse   | (Datenschutz)  |
| Erwartete Ereignisse   | (Datenschutz)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 2,08   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | Nicht definiert  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)</b>  |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>HCH-AORT-CHIR</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Sterblichkeit 30 Tage nach der Operation</b>  |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>343</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 3,17 - 12,78   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 2,59 - 3,60  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 6,48   |
| Grundgesamtheit  | 108  |
| Beobachtete Ereignisse   | 7  |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 3,05   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | Nicht definiert  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. |



|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)</b>  |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>HCH-AORT-CHIR</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Feststellen, ob die Patientin / der Patient 30 Tage nach der Operation lebt oder verstorben ist</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>345</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 96,57 - 100,00   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 78,36 - 80,04  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 100,00   |
| Grundgesamtheit  | 108  |
| Beobachtete Ereignisse   | 108  |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 79,21  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | Nicht definiert  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>HCH-KCH</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes im Zusammenhang mit der geplanten oder dringlichen Operation</b>  |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>349</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 1,25 - 4,77  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 1,81 - 2,13  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 2,45   |
| Grundgesamtheit  | 326  |
| Beobachtete Ereignisse   | 8  |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 1,96   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | Nicht definiert  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-<br/>chirurgisch)</b>  |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>HCH-KCH</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Sterblichkeit 30 Tage nach der Operation</b>  |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>351</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 2,39 - 6,01  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 2,90 - 3,41  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 3,80   |
| Grundgesamtheit  | 447  |
| Beobachtete Ereignisse   | 17   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 3,14   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | Nicht definiert  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>HCH-KCH</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Feststellen, ob die Patientin / der Patient 30 Tage nach der Operation lebt oder verstorben ist</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>353</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 99,15 - 100,00   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 77,41 - 78,28  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 100,00   |
| Grundgesamtheit  | 447  |
| Beobachtete Ereignisse   | 447  |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 77,85  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | Nicht definiert  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>HCH-KOMB</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes im Zusammenhang mit der geplanten oder dringlichen Operation</b>  |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>360</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 0,00 - 8,57  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 3,55 - 4,62  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00   |
| Grundgesamtheit  | 41   |
| Beobachtete Ereignisse   | 0  |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 4,05   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | Nicht definiert  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>HCH-KOMB</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Sterblichkeit 30 Tage nach der Operation</b>  |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>362</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 4,19 - 5,82  |
| Rechnerisches Ergebnis   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Grundgesamtheit  | (Datenschutz)  |
| Beobachtete Ereignisse   | (Datenschutz)  |
| Erwartete Ereignisse   | (Datenschutz)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 4,94   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | Nicht definiert  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)</b>  |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>  | <b>HCH-AORT-KATH</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                | <b>Komplikationen während des Eingriffs</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>   | <b>51916</b>  |
| Bezug zu Infektionen  | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                     | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr   | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,99 - 6,33   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 2,24 - 2,67   |
| Rechnerisches Ergebnis  | 2,53  |
| Grundgesamtheit   | 158   |
| Beobachtete Ereignisse  | 4   |
| Erwartete Ereignisse  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators   | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                          | unverändert   |
| Bundesergebnis  | 2,45  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 5,20 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>HCH-AORT-CHIR</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Komplikationen während des Eingriffs</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>52006</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 0,00 - 3,43   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,39 - 0,68   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Grundgesamtheit  | 108   |
| Beobachtete Ereignisse   | 0   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 0,51  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 2,55 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |



|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)</b>  |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>HCH-AORT-KATH</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Komplikationen an den Gefäßen</b>  |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>52007</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 7,54 - 8,29   |
| Rechnerisches Ergebnis   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit  | (Datenschutz)   |
| Beobachtete Ereignisse   | (Datenschutz)   |
| Erwartete Ereignisse   | (Datenschutz)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 7,90  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 16,77 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |

**C-1.2.[0] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für: — (vgl. Hinweis auf Seite 2)**



- I. Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt**
- I.A Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden**

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n3-HSM-REV</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>1089</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 0,00 - 6,42   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,57 - 0,87   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Grundgesamtheit  | 56  |
| Beobachtete Ereignisse   | 0   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 0,7   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 2,00 % (Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>  | <b>09n2-HSM-AGGW</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                | <b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>   | <b>1096</b>   |
| Bezug zu Infektionen  | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                     | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr   | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | 0,00 - 17,59  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,06 - 0,16   |
| Rechnerisches Ergebnis  | 0,00  |
| Grundgesamtheit   | 18  |
| Beobachtete Ereignisse  | 0   |
| Erwartete Ereignisse  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators   | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                          | unverändert   |
| Bundesergebnis  | 0,1   |
| Referenzbereich (bundesweit)  | <= 1,00 % (Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n1-HSM-IMPL</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>1103</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 0,00 - 1,85   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,77 - 0,9  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Grundgesamtheit  | 204   |
| Beobachtete Ereignisse   | 0   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 0,84  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 2,00 % (Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader</b>           |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>10n2-KAROT</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Schlaganfall oder Tod während der Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>11704</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle (U32)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 1,69 - 10,04  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 1,02 - 1,19   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 4,28  |
| Grundgesamtheit  | 48  |
| Beobachtete Ereignisse   | 4   |
| Erwartete Ereignisse   | 0,93  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Bundesergebnis   | 1,1   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 2,90 (95. Perzentil, Toleranzbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader   |
|---------------------------------|--|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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>. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.</p> |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader</b>             |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>10n2-KAROT</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>11724</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle (U32)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 3,08 - 18,33  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 1,06 - 1,29   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 7,81  |
| Grundgesamtheit  | 48  |
| Beobachtete Ereignisse   | 4   |
| Erwartete Ereignisse   | 0,51  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Bundesergebnis   | 1,17  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 3,95 (95. Perzentil, Toleranzbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |



| Leistungsbereich                | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader   |
|---------------------------------|--|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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>. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle, bei denen ? Gehen nur mit Hilfe möglich ist und/oder eine komplette Aphasie vorliegt, ? die Patientin / der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder ? der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat.</p> |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>PNEU</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>2005</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 75,75 - 100,00  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 98,39 - 98,48   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 100,00  |
| Grundgesamtheit  | 12  |
| Beobachtete Ereignisse   | 12  |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 98,43   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | >= 95,00 % (Zielbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>PNEU</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>2006</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)  |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 75,75 - 100,00  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 98,45 - 98,54   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 100,00  |
| Grundgesamtheit  | 12  |
| Beobachtete Ereignisse   | 12  |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 98,5  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | Nicht definiert   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturiertes Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>PNEU</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen)</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>2007</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 96,25 - 96,97   |
| Rechnerisches Ergebnis   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fallzahl   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Bundesergebnis   | 96,63   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | Nicht definiert   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</b>  |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>PNEU</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>2009</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)  |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 75,75 - 100,00   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 95,18 - 95,35  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 100,00   |
| Grundgesamtheit  | 12   |
| Beobachtete Ereignisse   | 12   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert  |
| Bundesergebnis   | 95,27  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | >= 90,00 % (Zielbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>PNEU</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>2013</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 72,25 - 100,00  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 93,88 - 94,13   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 100,00  |
| Grundgesamtheit  | 10  |
| Beobachtete Ereignisse   | 10  |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 94,01   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | >= 90,00 % (Zielbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                | Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung   |
|---------------------------------|--|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.</p> |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>PNEU</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>2028</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 67,56 - 100,00  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 95,49 - 95,68   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 100,00  |
| Grundgesamtheit  | 8   |
| Beobachtete Ereignisse   | 8   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 95,59   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | >= 95,00 % (Zielbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |



|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</b> |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n4-DEFI-IMPL</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>50005</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)                         |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 89,46 - 99,15   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 95,98 - 96,45   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 96,92   |
| Grundgesamtheit  | 65  |
| Beobachtete Ereignisse   | 63  |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Bundesergebnis   | 96,22   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | >= 90,00 % (Zielbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen  |
|---------------------------------|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>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. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleich-bedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n4-DEFI-IMPL</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>50017</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 0,00 - 5,58   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,58 - 0,79   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Grundgesamtheit  | 65  |
| Beobachtete Ereignisse   | 0   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 0,68  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 2,00 % (Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n5-DEFI-AGGW</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>50030</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 0,00 - 20,39  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,06 - 0,18   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Grundgesamtheit  | 15  |
| Beobachtete Ereignisse   | 0   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 0,1   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 1,00 % (Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)</b> |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n5-DEFI-AGGW</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>50031</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)                                       |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,13 - 0,3  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Grundgesamtheit  | 15  |
| Beobachtete Ereignisse   | 0   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Bundesergebnis   | 0,2   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | Sentinel-Event  |
| 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>Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)</b>   |
|---------------------------------|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n6-DEFI-REV</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>50041</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 0,00 - 8,38   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,84 - 1,27   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Grundgesamtheit  | 42  |
| Beobachtete Ereignisse   | 0   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 1,04  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 2,00 % (Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>PNEU</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>50722</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 75,75 - 100,00  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 96,18 - 96,32   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 100,00  |
| Grundgesamtheit  | 12  |
| Beobachtete Ereignisse   | 12  |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 96,25   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | >= 95,00 % (Zielbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |



|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</b>  |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>PNEU</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>50778</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)                              |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 0,00 - 3,65  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 1,03 - 1,05  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00   |
| Grundgesamtheit  | 12   |
| Beobachtete Ereignisse   | 0  |
| Erwartete Ereignisse   | 0,80   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 1,04   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich                | Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung  |
|---------------------------------|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</b>      |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n4-DEFI-IMPL</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>51186</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)                              |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 0,00 - 14,16   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,93 - 1,25  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00   |
| Grundgesamtheit  | 65   |
| Beobachtete Ereignisse   | 0  |
| Erwartete Ereignisse   | 0,26   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 1,08   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 5,98 (95. Perzentil, Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich                | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen  |
|---------------------------------|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</b>  |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n1-HSM-IMPL</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>51191</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)  |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 0,54 - 3,49  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,91 - 1,03  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 1,39   |
| Grundgesamtheit  | 204  |
| Beobachtete Ereignisse   | 4  |
| Erwartete Ereignisse   | 2,88   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 0,97   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich                | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers  |
|---------------------------------|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</b> |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n6-DEFI-REV</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>        |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>51196</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)                                     |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 0,18 - 5,38   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,75 - 1,04   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 1,04  |
| Grundgesamtheit  | (Datenschutz)   |
| Beobachtete Ereignisse   | (Datenschutz)   |
| Erwartete Ereignisse   | (Datenschutz)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Bundesergebnis   | 0,89  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 4,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen  |
|---------------------------------|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |



|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)</b>                   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n2-HSM-AGGW</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts</b>                               |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>51398</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10) |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,18 - 0,33   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Grundgesamtheit  | 18  |
| Beobachtete Ereignisse   | 0   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Bundesergebnis   | 0,25  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | Sentinel-Event  |
| 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>Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)</b>   |
|---------------------------------|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung.</p> |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers</b>  |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n3-HSM-REV</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>51404</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)                              |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 0,15 - 4,45  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,86 - 1,15  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,84   |
| Grundgesamtheit  | (Datenschutz)  |
| Beobachtete Ereignisse   | (Datenschutz)  |
| Erwartete Ereignisse   | (Datenschutz)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 1  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 5,63 (95. Perzentil, Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich                | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers  |
|---------------------------------|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p> |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>10n2-KAROT</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Angebracht Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>51437</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 98,03 - 98,9  |
| Rechnerisches Ergebnis   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fallzahl   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Bundesergebnis   | 98,53   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | >= 95,00 % (Zielbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>10n2-KAROT</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden</b>  |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>51443</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 99,16 - 99,77   |
| Rechnerisches Ergebnis   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fallzahl   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Bundesergebnis   | 99,56   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | >= 95,00 % (Zielbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader</b>                                   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>10n2-KAROT</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Schwerer Schlaganfall oder Tod nach dem Eingriff (mittels Katheter) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>51865</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,92 - 1,2  |
| Rechnerisches Ergebnis   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fallzahl   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Bundesergebnis   | 1,05  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 4,26 (95. Perzentil, Toleranzbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader   |
|---------------------------------|--|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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>. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle, bei denen ? Gehen nur mit Hilfe möglich ist und/oder eine komplette Aphasie vorliegt, ? die Patientin / der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder ? der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat.</p> |



|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader</b>                              |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>10n2-KAROT</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Schlaganfall oder Tod während des Eingriffs (mittels Katheter) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>51873</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01)  |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,89 - 1,11  |
| Rechnerisches Ergebnis   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Fallzahl   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 1  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 2,82 (95. Perzentil, Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich                | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader   |
|---------------------------------|--|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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>. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.</p> |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n6-DEFI-REV</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Ein Problem, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht, als angebrachter Grund für eine erneute Operation</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>52001</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 2,99 - 3,35   |
| Rechnerisches Ergebnis   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit  | (Datenschutz)   |
| Beobachtete Ereignisse   | (Datenschutz)   |
| Erwartete Ereignisse   | (Datenschutz)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 3,16  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 6,00 % (Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n6-DEFI-REV</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Infektion als angebrachter Grund für eine erneute Operation</b>  |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>52002</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Ja  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit (H20)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,55 - 0,71   |
| Rechnerisches Ergebnis   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit  | (Datenschutz)   |
| Beobachtete Ereignisse   | (Datenschutz)   |
| Erwartete Ereignisse   | (Datenschutz)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 0,62  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 2,38 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. |

|   |   |
|---|---|
| <b>Leistungsbereich</b>   | <b>Vorbeugung eines Druckgeschwürs</b>  |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>  | <b>DEK</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                | <b>Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4)</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>   | <b>52010</b>  |
| Bezug zu Infektionen  | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                     | Unvollständige oder falsche Dokumentation (D50)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr   | verschlechtert  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)  | 0,01 - 0,01   |
| Rechnerisches Ergebnis  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit   | (Datenschutz)   |
| Beobachtete Ereignisse  | (Datenschutz)   |
| Erwartete Ereignisse  | (Datenschutz)   |
| Einheit des Qualitätsindikators   | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                          | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Bundesergebnis  | 0,01  |
| Referenzbereich (bundesweit)  | Sentinel-Event  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG  | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>10n2-KAROT</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Schlaganfall oder Tod nach Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit und gleichzeitiger Operation zur Überbrückung eines verengten Gefäßes</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>52240</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 4,19 - 10,38  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Grundgesamtheit  | 7   |
| Beobachtete Ereignisse   | 0   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Bundesergebnis   | 6,64  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | Sentinel-Event  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader  |
|---------------------------------|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.</p> |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</b>  |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n1-HSM-IMPL</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>52305</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)                                      |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 92,97 - 96,12  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 95,61 - 95,76  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 94,76  |
| Grundgesamtheit  | 783  |
| Beobachtete Ereignisse   | 742  |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert  |
| Bundesergebnis   | 95,68  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | >= 90,00 % (Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |



| Leistungsbereich                | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers  |
|---------------------------------|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</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 Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. 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> |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n2-HSM-AGGW</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>52307</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 97,29 - 100,00  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 97,67 - 97,88   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 100,00  |
| Grundgesamtheit  | 138   |
| Beobachtete Ereignisse   | 138   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 97,78   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | >= 95,00 % (Toleranzbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                | Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)   |
|---------------------------------|--|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</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 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie 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 Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. 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> |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n1-HSM-IMPL</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde</b>  |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>52311</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 0,00 - 1,85   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 1,33 - 1,5  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Grundgesamtheit  | 204   |
| Beobachtete Ereignisse   | 0   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 1,41  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 3,00 % (Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n3-HSM-REV</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>52315</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 0,00 - 9,41   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,6 - 1   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Grundgesamtheit  | 37  |
| Beobachtete Ereignisse   | 0   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 0,78  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 3,00 % (Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</b>              |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n4-DEFI-IMPL</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>52316</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)                                      |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 93,32 - 98,23  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 95,79 - 96,05  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 96,54  |
| Grundgesamtheit  | 231  |
| Beobachtete Ereignisse   | 223  |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert  |
| Bundesergebnis   | 95,92  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | >= 90,00 % (Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich                | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen  |
|---------------------------------|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</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 Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. 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> |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)</b>                 |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n5-DEFI-AGGW</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>52321</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 90,91 - 98,27   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 98,29 - 98,49   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 95,97   |
| Grundgesamtheit  | 124   |
| Beobachtete Ereignisse   | 119   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 98,39   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | >= 95,00 % (Toleranzbereich)  |
| 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>Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)</b>  |
|---------------------------------|--|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</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 Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. 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> |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n6-DEFI-REV</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>52324</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog (S90)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,42 - 0,8  |
| Rechnerisches Ergebnis   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Grundgesamtheit  | (Datenschutz)   |
| Beobachtete Ereignisse   | (Datenschutz)   |
| Erwartete Ereignisse   | (Datenschutz)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 0,58  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 3,00 % (Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | Abweichung durch einen Einzelfall bedingt (Anwendung von §10 Abs.3 QSKH-RL).  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n4-DEFI-IMPL</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde</b>  |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>52325</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 0,00 - 5,92   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,6 - 0,81  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00  |
| Grundgesamtheit  | 61  |
| Beobachtete Ereignisse   | 0   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 0,69  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 3,00 % (Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n6-DEFI-REV</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Technische Probleme mit dem Herzschrittmacher als angebrachter Grund für eine erneute Operation</b>  |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>52328</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 2,70 - 13,81  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 3,59 - 3,98   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 6,25  |
| Grundgesamtheit  | 80  |
| Beobachtete Ereignisse   | 5   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 3,78  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 10,07 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n1-HSM-IMPL</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers aufgrund eines verlangsamten Herzschlags</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>54139</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 85,71 - 93,86   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 92,56 - 92,93   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 90,55   |
| Grundgesamtheit  | 201   |
| Beobachtete Ereignisse   | 182   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Bundesergebnis   | 92,75   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | >= 90,00 % (Zielbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers   |
|---------------------------------|--|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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>. Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien 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> |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</b>  |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n1-HSM-IMPL</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>54140</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)          |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert  |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 94,23 - 98,92  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 98,19 - 98,37  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 97,47  |
| Grundgesamtheit  | 198  |
| Beobachtete Ereignisse   | 193  |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Bundesergebnis   | 98,28  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | >= 90,00 % (Zielbereich)   |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |

| Leistungsbereich                | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers   |
|---------------------------------|--|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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>. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien 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. 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> |



|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</b>  |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n1-HSM-IMPL</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Mehrzahl der Fälle implantiert werden sollte</b>  |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>54141</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 89,71 - 96,50  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 96,27 - 96,54  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 93,94  |
| Grundgesamtheit  | 198  |
| Beobachtete Ereignisse   | 186  |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert  |
| Bundesergebnis   | 96,41  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | Nicht definiert  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie 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. |

|  |  |
|--|--|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</b>  |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n1-HSM-IMPL</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Minderzahl der Fälle implantiert werden sollte</b>  |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>54142</b>   |
| Bezug zu Infektionen   | Nein   |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | eingeschränkt/nicht vergleichbar   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 0,00 - 1,90  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 0,17 - 0,24  |
| Rechnerisches Ergebnis   | 0,00   |
| Grundgesamtheit  | 198  |
| Beobachtete Ereignisse   | 0  |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %  |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert  |
| Bundesergebnis   | 0,2  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | Nicht definiert  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)   |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie 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. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>09n1-HSM-IMPL</b>  |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte</b> |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>54143</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 1,72 - 7,12   |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 1,58 - 1,77   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 3,54  |
| Grundgesamtheit  | 198   |
| Beobachtete Ereignisse   | 7   |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | eingeschränkt/nicht vergleichbar  |
| Bundesergebnis   | 1,67  |
| Referenzbereich (bundesweit)   | <= 10,00 % (Toleranzbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |

| Leistungsbereich                | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers  |
|---------------------------------|---|
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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>. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie 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> |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>10n2-KAROT</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit</b>  |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>603</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 86,68 - 100,00  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 98,78 - 99,12   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 100,00  |
| Grundgesamtheit  | 25  |
| Beobachtete Ereignisse   | 25  |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 98,96   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | >= 95,00 % (Zielbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader</b>   |
| <b>Kürzel Leistungsbereich</b>   | <b>10n2-KAROT</b>   |
| <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>                                 | <b>Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden</b>   |
| <b>Kürzel Qualitätsindikators</b>  | <b>604</b>  |
| Bezug zu Infektionen   | Nein  |
| Bewertung durch Strukturierten Dialog                                      | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)   |
| Vergleich vorheriges Berichtsjahr  | unverändert   |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus)  | 72,25 - 100,00  |
| Vertrauensbereich (bundesweit)   | 99,71 - 99,89   |
| Rechnerisches Ergebnis   | 100,00  |
| Grundgesamtheit  | 10  |
| Beobachtete Ereignisse   | 10  |
| Erwartete Ereignisse   | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Einheit des Qualitätsindikators  | %   |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr                           | unverändert   |
| Bundesergebnis   | 99,82   |
| Referenzbereich (bundesweit)   | >= 95,00 % (Zielbereich)  |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses                                    | — (vgl. Hinweis auf Seite 2)  |
| Fachlicher Hinweis IQTIG   | Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. |

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

Über § 136a SGB V hinaus ist auf Landesebene nach § 112 SGB V keine verpflichtende

Qualitätssicherung vereinbart.

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

| Bezeichnung                  | Kommentar   |
|------------------------------|---|
| Koronare Herzkrankheit (KHK) | Dabei handelt es sich um ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Patienten mit Engstellen an den Herzkadern. |

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

Keine Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

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

**Strukturqualitätsvereinbarungen**

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

**Angaben über die Erfüllung der Personalvorgaben**

Perinatalzentren Level 1 und Level 2 haben jeweils für die Berichtsjahre 2017, 2018 und 2019 Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL zu machen.

- Das Zentrum hat dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt
- Es wurde am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie teilgenommen.
- Der klärende Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie wurde abgeschlossen.

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

| Nr.   | Fortbildungsverpflichteter Personenkreis  | Anzahl (Personen) |
|-------|---|-------------------|
| 1     | Anzahl Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen. | 25                |
| 1.1   | Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]   | 20                |
| 1.1.1 | Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]  | 5                 |

## - Diagnosen zu B-1.6

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| D15.1      | (Datenschutz) | Gutartige Neubildung: Herz   |
| G45.8      | (Datenschutz) | Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome  |
| I07.1      | 4             | Trikuspidalklappeninsuffizienz                                     |
| I08.0      | 16            | Krankheiten der Mitral- und Aortenklappe, kombiniert               |
| I08.1      | 12            | Krankheiten der Mitral- und Trikuspidalklappe, kombiniert          |
| I08.3      | 4             | Krankheiten der Mitral-, Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert |
| I20.0      | 29            | Instabile Angina pectoris  |
| I20.8      | 35            | Sonstige Formen der Angina pectoris                                |
| I21.0      | 14            | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand                  |
| I21.1      | 12            | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand                  |
| I21.2      | (Datenschutz) | Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen     |
| I21.4      | 136           | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt                             |
| I25.1      | 213           | Atherosklerotische Herzkrankheit                                   |
| I25.4      | 6             | Koronararterienaneurysma   |
| I25.5      | 6             | Ischämische Kardiomyopathie  |



| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| I33.0      | 17            | Akute und subakute infektiöse Endokarditis   |
| I34.0      | 37            | Mitralklappeninsuffizienz  |
| I34.1      | 7             | Mitralklappenprolaps   |
| I35.0      | 83            | Aortenklappenstenose   |
| I35.1      | 16            | Aortenklappeninsuffizienz  |
| I35.2      | 49            | Aortenklappenstenose mit Insuffizienz  |
| I38        | (Datenschutz) | Endokarditis, Herzklappe nicht näher bezeichnet  |
| I42.0      | (Datenschutz) | Dilatative Kardiomyopathie   |
| I44.2      | 6             | Atrioventrikulärer Block 3. Grades   |
| I45.5      | (Datenschutz) | Sonstiger näher bezeichneter Herzblock   |
| I47.1      | (Datenschutz) | Supraventrikuläre Tachykardie  |
| I48.2      | 4             | Vorhofflimmern, permanent  |
| I49.5      | (Datenschutz) | Sick-Sinus-Syndrom   |
| I50.1      | 6             | Linksherzinsuffizienz  |
| I65.2      | 34            | Verschluss und Stenose der A. carotis  |
| I70.2      | 43            | Atherosklerose der Extremitätenarterien  |
| I71.0      | (Datenschutz) | Dissektion der Aorta   |
| I71.2      | 8             | Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur                                |
| I71.3      | (Datenschutz) | Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert  |
| I71.4      | 10            | Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur                              |
| I71.6      | 5             | Aortenaneurysma, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur                            |
| I72.4      | (Datenschutz) | Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität                          |
| I83.9      | 6             | Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung                       |
| K43.2      | (Datenschutz) | Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän   |
| N18.5      | 4             | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5  |
| Q23.8      | 13            | Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorten- und Mitralklappe                         |
| R55        | (Datenschutz) | Synkope und Kollaps  |
| R93.1      | (Datenschutz) | Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik des Herzens und des Koronarkreislaufes |
| T81.3      | (Datenschutz) | Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert                       |

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| T81.4      | 16            | Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert  |
| T81.8      | (Datenschutz) | Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert   |
| T82.0      | 6             | Mechanische Komplikation durch eine Herzklappenprothese   |
| T82.1      | 30            | Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät   |
| T82.5      | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen                            |
| T82.7      | 32            | Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen |
| T82.8      | 4             | Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen |
| T84.2      | 8             | Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen                             |
| T87.4      | (Datenschutz) | Infektion des Amputationsstumpfes   |
| Z45.0      | 24            | Anpassung und Handhabung eines kardialen (elektronischen) Geräts  |

- **Prozeduren zu B-1.7**

**Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren**

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 1-266.0    | 28            | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher                    |
| 1-266.1    | 29            | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator (ICD) |
| 1-273.1    | (Datenschutz) | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie   |
| 1-275.0    | 49            | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen                                 |
| 1-275.4    | 4             | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung  |
| 1-275.5    | 13            | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen                                      |
| 1-279.a    | (Datenschutz) | Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit intrakoronarer Druckmessung         |
| 1-587.0    | (Datenschutz) | Biopsie an Blutgefäßen durch Inzision: Gefäße Kopf und Hals, extrakraniell   |
| 1-632.0    | 5             | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs  |
| 1-650.2    | (Datenschutz) | Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie  |
| 1-710      | (Datenschutz) | Ganzkörperplethysmographie   |
| 3-052      | 208           | Transösophageale Echokardiographie [TEE]   |
| 3-05g.0    | (Datenschutz) | Endosonographie des Herzens: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]  |
| 3-200      | 28            | Native Computertomographie des Schädels  |
| 3-201      | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Halses  |
| 3-202      | 63            | Native Computertomographie des Thorax  |
| 3-207      | 17            | Native Computertomographie des Abdomens  |
| 3-20x      | 7             | Andere native Computertomographie  |
| 3-601      | 34            | Arteriographie der Gefäße des Halses   |
| 3-602      | 71            | Arteriographie des Aortenbogens  |
| 3-603      | (Datenschutz) | Arteriographie der thorakalen Gefäße   |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 3-604      | 12            | Arteriographie der Gefäße des Abdomens   |
| 3-605      | 67            | Arteriographie der Gefäße des Beckens  |
| 3-606      | (Datenschutz) | Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten  |
| 3-607      | 18            | Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten   |
| 3-612.0    | (Datenschutz) | Phlebographie der Gefäße von Abdomen und Becken: Untere Hohlvene   |
| 3-614      | (Datenschutz) | Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches   |
| 3-721.20   | (Datenschutz) | Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens: Myokardszintigraphie unter pharmakologischer Belastung: Ohne EKG-Triggerung  |
| 3-994      | (Datenschutz) | Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik  |
| 5-340.0    | (Datenschutz) | Inzision von Brustwand und Pleura: Drainage der Brustwand oder Pleurahöhle, offen chirurgisch  |
| 5-341.32   | (Datenschutz) | Inzision des Mediastinums: Extrapleural, durch Resternotomie: Blutstillung   |
| 5-346.4    | (Datenschutz) | Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Sekundärer Verschluss einer Thorakotomie  |
| 5-349.3    | (Datenschutz) | Andere Operationen am Thorax: Entfernung von Osteosynthesematerial   |
| 5-351.02   | (Datenschutz) | Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)  |
| 5-361.03   | (Datenschutz) | Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien  |
| 5-361.17   | (Datenschutz) | Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz  |
| 5-361.27   | (Datenschutz) | Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz  |
| 5-370.0    | (Datenschutz) | Perikardiotomie und Kardiotomie: Perikarddrainage  |
| 5-370.1    | (Datenschutz) | Perikardiotomie und Kardiotomie: Perikardiotomie   |
| 5-372.2    | (Datenschutz) | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Perikardes und Perikardektomie: Perikardektomie, partiell (Perikardfenster), offen chirurgisch                            |
| 5-377.1    | 6             | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem   |
| 5-377.30   | 21            | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 5-377.50   | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Ohne atriale Detektion                                  |
| 5-377.6    | 4             | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation   |
| 5-377.71   | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation: Mit Vorhofelektrode                               |
| 5-377.8    | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder  |
| 5-377.c0   | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Isolierte Sondenimplantation, offen chirurgisch: Epikardial, linksventrikulär                    |
| 5-377.g1   | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Isolierte Sondenimplantation, endovaskulär: Rechtsventrikulär                                    |
| 5-378.07   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Ereignis-Rekorder   |
| 5-378.21   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Einkammersystem                                  |
| 5-378.22   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem                                 |
| 5-378.25   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation                        |
| 5-378.2c   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion |
| 5-378.32   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem  |
| 5-378.3f   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode             |
| 5-378.4f   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode |
| 5-378.52   | 6             | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem                      |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 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  |
| 5-378.5f   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode   |
| 5-378.62   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem  |
| 5-378.6c   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion  |
| 5-378.6f   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode   |
| 5-378.71   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem   |
| 5-378.72   | 4             | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem  |
| 5-378.7f   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode   |
| 5-378.a0   | 8             | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Zusatzinformation für die Sondenentfernung: Einsatz eines Excimer-Lasers  |
| 5-378.b3   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, Einkammersystem       |
| 5-378.b5   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode                |
| 5-378.c0   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator auf Defibrillator oder Herzschrittmacher: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation |
| 5-381.70   | (Datenschutz) | Enderarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis  |
| 5-381.73   | (Datenschutz) | Enderarteriektomie: Arterien Oberschenkel: Gefäßprothese   |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| 5-383.72   | (Datenschutz) | Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. poplitea   |
| 5-385.70   | (Datenschutz) | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna  |
| 5-392.10   | 4             | Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica   |
| 5-393.51   | (Datenschutz) | Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femorofemoral  |
| 5-393.53   | (Datenschutz) | Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femoropopliteal, oberhalb des Kniegelenkes   |
| 5-394.1    | (Datenschutz) | Revision einer Blutgefäßoperation: Revision einer Anastomose  |
| 5-394.5    | (Datenschutz) | Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines arteriovenösen Shuntes  |
| 5-394.6    | (Datenschutz) | Revision einer Blutgefäßoperation: Verschluss eines arteriovenösen Shuntes  |
| 5-395.1x   | (Datenschutz) | Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Schulter und Oberarm: Sonstige  |
| 5-399.5    | (Datenschutz) | Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)              |
| 5-399.7    | (Datenschutz) | Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)                             |
| 5-449.d3   | (Datenschutz) | Andere Operationen am Magen: Clippen: Endoskopisch  |
| 5-449.e3   | (Datenschutz) | Andere Operationen am Magen: Injektion: Endoskopisch  |
| 5-452.61   | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge |
| 5-469.e3   | (Datenschutz) | Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch   |
| 5-536.44   | (Datenschutz) | Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandersatz                                    |
| 5-572.1    | (Datenschutz) | Zystostomie: Perkutan   |
| 5-865.7    | (Datenschutz) | Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation  |
| 5-865.8    | (Datenschutz) | Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenstrahlresektion   |
| 5-865.90   | (Datenschutz) | Amputation und Exartikulation Fuß: Innere Amputation im Bereich der Mittelfuß- und Fußwurzelknochen: Metatarsale (und Phalangen), bis zu zwei Strahlen          |
| 5-892.06   | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Schulter und Axilla  |



| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 5-892.0e   | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Oberschenkel und Knie   |
| 5-892.0f   | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Unterschenkel   |
| 5-894.16   | (Datenschutz) | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Schulter und Axilla                   |
| 5-896.06   | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Schulter und Axilla        |
| 5-896.0a   | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Brustwand und Rücken       |
| 5-896.0c   | 12            | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Leisten- und Genitalregion |
| 5-896.0f   | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Unterschenkel              |
| 5-896.16   | 4             | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Schulter und Axilla         |
| 5-896.1a   | 14            | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Brustwand und Rücken        |
| 5-896.1c   | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Leisten- und Genitalregion  |
| 5-896.1f   | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel               |
| 5-900.0f   | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Unterschenkel   |
| 5-900.16   | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Schulter und Axilla                                   |
| 5-900.1a   | 4             | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Brustwand und Rücken                                  |
| 5-900.1c   | 4             | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Leisten- und Genitalregion                            |
| 5-900.1e   | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Oberschenkel und Knie                                 |
| 5-900.1f   | 4             | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Unterschenkel   |



| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 5-916.a0   | 16            | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut  |
| 5-916.a1   | (Datenschutz) | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten  |
| 5-916.a2   | 16            | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und/oder Sternum  |
| 5-930.00   | (Datenschutz) | Art des Transplantates: Autogen: Ohne externe In-vitro-Aufbereitung  |
| 5-983      | (Datenschutz) | Reoperation  |
| 5-98a.0    | (Datenschutz) | Hybridtherapie: Anwendung der Hybridchirurgie  |
| 5-995      | (Datenschutz) | Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)   |
| 8-123.1    | (Datenschutz) | Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Entfernung   |
| 8-144.2    | 6             | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter  |
| 8-152.1    | 35            | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle  |
| 8-190.20   | (Datenschutz) | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage   |
| 8-190.21   | 5             | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage  |
| 8-190.22   | (Datenschutz) | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 15 bis 21 Tage   |
| 8-192.3f   | (Datenschutz) | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig, mit Anwendung biochirurgischer Verfahren: Unterschenkel |
| 8-192.3g   | (Datenschutz) | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig, mit Anwendung biochirurgischer Verfahren: Fuß           |
| 8-640.0    | 40            | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)  |
| 8-641      | 5             | Temporäre externe elektrische Stimulation des Herzrhythmus   |
| 8-701      | 21            | Einfache endotracheale Intubation  |
| 8-706      | (Datenschutz) | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung  |
| 8-771      | 15            | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation  |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 8-800.c0   | 45            | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE                               |
| 8-800.c1   | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE                              |
| 8-800.c2   | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 11 TE bis unter 16 TE                             |
| 8-800.g0   | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 1 Thrombozytenkonzentrat                          |
| 8-800.g1   | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 2 Thrombozytenkonzentrate                         |
| 8-803.2    | 8             | Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung   |
| 8-810.j5   | 4             | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 2,0 g bis unter 3,0 g                        |
| 8-810.j6   | (Datenschutz) | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 3,0 g bis unter 4,0 g                        |
| 8-812.52   | (Datenschutz) | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 2.500 IE bis unter 3.500 IE |
| 8-831.0    | 28            | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen   |
| 8-836.0c   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Unterschenkel  |
| 8-836.0s   | 7             | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Arterien Oberschenkel   |
| 8-836.1k   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon): Arterien Oberschenkel                                  |
| 8-836.6x   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Fremdkörperentfernung: Sonstige  |
| 8-837.00   | 17            | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie  |
| 8-837.01   | 6             | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien                                    |
| 8-837.11   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Laser-Angioplastie: Mehrere Koronararterien                                       |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| 8-837.4    | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Fremdkörperentfernung  |
| 8-837.m0   | 11            | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen- den Stents: Ein Stent in eine Koronararterie                  |
| 8-837.m1   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen- den Stents: 2 Stents in eine Koronararterie                   |
| 8-837.m2   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen- den Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien               |
| 8-837.m3   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen- den Stents: 3 Stents in eine Koronararterie                   |
| 8-837.m5   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen- den Stents: 4 Stents in eine Koronararterie                   |
| 8-837.m8   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen- den Stents: 5 Stents in mehrere Koronararterien               |
| 8-837.ma   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen- den Stents: Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien    |
| 8-837.x    | 10            | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Sonstige   |
| 8-83b.00   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzen- den Stents oder OPD-Systeme: ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzen- de Stents oder OPD-Systeme mit Polymer |
| 8-83b.07   | 4             | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzen- den Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzen- de Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer            |
| 8-83b.0c   | 19            | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzen- den Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzen- de Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer  |
| 8-83b.50   | 4             | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 1 Modellierballon  |
| 8-83b.51   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 2 oder mehr Modellierballons   |
| 8-83b.ba   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentenfreisetzen- der Ballon an anderen Gefäßen  |
| 8-83b.bb   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentenfreisetzen- de Ballons an anderen Gefäßen   |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 8-83b.c2   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Nahtsystem   |
| 8-83b.c3   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Clipsystem   |
| 8-83b.c5   | 8             | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs ohne Anker   |
| 8-840.0s   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Arterien Oberschenkel   |
| 8-840.1s   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: Arterien Oberschenkel   |
| 8-930      | 121           | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes  |
| 8-931.0    | (Datenschutz) | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung           |
| 8-980.0    | 247           | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte   |
| 8-980.10   | 16            | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte   |
| 8-980.11   | 12            | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte   |
| 8-980.20   | 8             | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte  |
| 8-980.21   | 5             | 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   | 4             | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1381 bis 1656 Aufwandspunkte   |
| 8-980.40   | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1657 bis 1932 Aufwandspunkte   |
| 8-980.41   | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1933 bis 2208 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 |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 8-987.13   | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 21 Behandlungstage |
| 8-98f.0    | 254           | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte  |
| 8-98f.10   | 16            | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte  |
| 8-98f.11   | 7             | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte  |
| 8-98f.20   | 10            | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte   |
| 8-98f.21   | 5             | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte  |
| 8-98f.30   | 6             | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspunkte  |
| 8-98f.31   | 4             | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1381 bis 1656 Aufwandspunkte  |
| 9-984.7    | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2   |
| 9-984.8    | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3   |

### Freiwillig im Qualitätsbericht angegebene Prozeduren

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

- **Diagnosen zu B-2.6**

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| A09.9      | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs |
| A40.0      | (Datenschutz) | Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A  |
| B99        | (Datenschutz) | Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten  |
| D15.1      | (Datenschutz) | Gutartige Neubildung: Herz  |
| E86        | (Datenschutz) | Volumenmangel   |
| G45.8      | (Datenschutz) | Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome                                   |
| I07.1      | (Datenschutz) | Trikuspidalklappeninsuffizienz  |
| I08.0      | 8             | Krankheiten der Mitral- und Aortenklappe, kombiniert  |
| I08.1      | (Datenschutz) | Krankheiten der Mitral- und Trikuspidalklappe, kombiniert   |
| I08.2      | (Datenschutz) | Krankheiten der Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert   |
| I08.3      | 6             | Krankheiten der Mitral-, Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert                                  |
| I10.0      | 90            | Benigne essentielle Hypertonie  |
| I11.0      | 14            | Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz                                       |
| I11.9      | 117           | Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz                                       |
| I20.0      | 134           | Instabile Angina pectoris   |
| I20.1      | 4             | Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus   |
| I20.8      | 297           | Sonstige Formen der Angina pectoris   |
| I21.0      | 50            | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand   |
| I21.1      | 41            | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand   |
| I21.2      | 5             | Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen                                      |
| I21.4      | 227           | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt  |
| I25.1      | 530           | Atherosklerotische Herzkrankheit  |
| I25.5      | 24            | Ischämische Kardiomyopathie   |
| I26.0      | 6             | Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale   |
| I26.9      | 9             | Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale  |
| I27.2      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie   |
| I30.8      | (Datenschutz) | Sonstige Formen der akuten Perikarditis   |

| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung                                     |
|------------|---------------|---|
| I31.3      | (Datenschutz) | Perikarderguss (nichtentzündlich)               |
| I31.9      | (Datenschutz) | Krankheit des Perikards, nicht näher bezeichnet |
| I33.0      | (Datenschutz) | Akute und subakute infektiöse Endokarditis      |
| I34.0      | 14            | Mitralklappeninsuffizienz                       |
| I34.1      | (Datenschutz) | Mitralklappenprolaps                            |
| I34.2      | (Datenschutz) | Nichtreumatische Mitralklappenstenose           |
| I35.0      | 104           | Aortenklappenstenose                            |
| I35.1      | 6             | Aortenklappeninsuffizienz                       |
| I35.2      | 48            | Aortenklappenstenose mit Insuffizienz           |
| I38        | (Datenschutz) | Endokarditis, Herzklappe nicht näher bezeichnet |
| I40.8      | (Datenschutz) | Sonstige akute Myokarditis                      |
| I42.0      | 16            | Dilatative Kardiomyopathie                      |
| I42.1      | 4             | Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie     |
| I42.2      | (Datenschutz) | Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie        |
| I42.6      | 5             | Alkoholische Kardiomyopathie                    |
| I42.8      | 6             | Sonstige Kardiomyopathien                       |
| I44.1      | 8             | Atrioventrikulärer Block 2. Grades              |
| I44.2      | 24            | Atrioventrikulärer Block 3. Grades              |
| I44.7      | (Datenschutz) | Linksschenkelblock, nicht näher bezeichnet      |
| I45.5      | (Datenschutz) | Sonstiger näher bezeichneter Herzblock          |
| I47.1      | 64            | Supraventrikuläre Tachykardie                   |
| I47.2      | 28            | Ventrikuläre Tachykardie                        |
| I48.0      | 123           | Vorhofflimmern, paroxysmal                      |
| I48.1      | 209           | Vorhofflimmern, persistierend                   |
| I48.2      | 45            | Vorhofflimmern, permanent                       |
| I48.3      | 17            | Vorhofflattern, typisch                         |
| I48.4      | (Datenschutz) | Vorhofflattern, atypisch                        |
| I49.0      | 4             | Kammerflattern und Kammerflimmern               |
| I49.3      | 15            | Ventrikuläre Extrasystolie                      |
| I49.5      | 27            | Sick-Sinus-Syndrom                              |
| I50.0      | 16            | Rechtsherzinsuffizienz                          |



| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| I50.1      | 178           | Linksherzinsuffizienz  |
| I51.3      | (Datenschutz) | Intrakardiale Thrombose, anderenorts nicht klassifiziert                                   |
| I65.0      | (Datenschutz) | Verschluss und Stenose der A. vertebralis  |
| I65.2      | 4             | Verschluss und Stenose der A. carotis  |
| I67.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete zerebrovaskuläre Krankheiten                                    |
| I70.0      | (Datenschutz) | Atherosklerose der Aorta   |
| I70.1      | (Datenschutz) | Atherosklerose der Nierenarterie   |
| I70.2      | 196           | Atherosklerose der Extremitätenarterien  |
| I71.0      | (Datenschutz) | Dissektion der Aorta   |
| I71.1      | (Datenschutz) | Aneurysma der Aorta thoracica, rupturiert  |
| I71.2      | (Datenschutz) | Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur                                    |
| I71.4      | (Datenschutz) | Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur                                  |
| I74.0      | (Datenschutz) | Embolie und Thrombose der Aorta abdominalis  |
| I74.2      | (Datenschutz) | Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten                                 |
| I74.3      | (Datenschutz) | Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten                                |
| I80.2      | (Datenschutz) | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten |
| I95.1      | (Datenschutz) | Orthostatische Hypotonie   |
| I95.9      | (Datenschutz) | Hypotonie, nicht näher bezeichnet  |
| J12.0      | (Datenschutz) | Pneumonie durch Adenoviren   |
| J18.0      | 4             | Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet   |
| J18.1      | (Datenschutz) | Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet   |
| J18.2      | (Datenschutz) | Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet  |
| J18.9      | 4             | Pneumonie, nicht näher bezeichnet  |
| J44.1      | (Datenschutz) | Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet    |
| J44.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung                         |
| J84.1      | (Datenschutz) | Sonstige interstitielle Lungenerkrankungen mit Fibrose                                     |
| K55.0      | (Datenschutz) | Akute Gefäßkrankheiten des Darmes  |
| M79.6      | (Datenschutz) | Schmerzen in den Extremitäten  |
| N17.8      | (Datenschutz) | Sonstiges akutes Nierenversagen  |



| ICD-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| Q21.1      | 12            | Vorhofseptumdefekt  |
| Q23.8      | (Datenschutz) | Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorten- und Mitralklappe  |
| Q24.8      | (Datenschutz) | Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Herzens   |
| R00.0      | 10            | Tachykardie, nicht näher bezeichnet   |
| R00.1      | (Datenschutz) | Bradykardie, nicht näher bezeichnet   |
| R00.2      | 17            | Palpitationen   |
| R04.0      | (Datenschutz) | Epistaxis   |
| R05        | (Datenschutz) | Husten  |
| R06.0      | 10            | Dyspnoe   |
| R07.3      | 101           | Sonstige Brustschmerzen   |
| R10.1      | (Datenschutz) | Schmerzen im Bereich des Oberbauches  |
| R42        | 6             | Schwindel und Taumel  |
| R50.8      | (Datenschutz) | Sonstiges näher bezeichnetes Fieber   |
| R55        | 62            | Synkope und Kollaps   |
| R93.1      | (Datenschutz) | Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik des Herzens und des Koronarkreislaufes                                |
| R94.3      | 6             | Abnorme Ergebnisse von kardiovaskulären Funktionsprüfungen  |
| T75.4      | (Datenschutz) | Schäden durch elektrischen Strom  |
| T80.8      | (Datenschutz) | Sonstige Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken                          |
| T81.0      | (Datenschutz) | Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert                                |
| T82.0      | 4             | Mechanische Komplikation durch eine Herzklappenprothese   |
| T82.1      | 9             | Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät   |
| T82.3      | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate  |
| T82.5      | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen                            |
| T82.7      | (Datenschutz) | Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen |
| T84.2      | (Datenschutz) | Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen                             |
| Z45.0      | 18            | Anpassung und Handhabung eines kardialen (elektronischen) Geräts  |

- **Prozeduren zu B-2.7**

**Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren**

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 1-265.0    | (Datenschutz) | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Störungen der Sinusknotenfunktion  |
| 1-265.1    | 4             | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Störungen der AV-Überleitung   |
| 1-265.4    | 16            | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Tachykardien mit schmalen QRS-Komplex oder atrialen Tachykardien           |
| 1-265.5    | (Datenschutz) | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei WPW-Syndrom  |
| 1-265.6    | (Datenschutz) | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Tachykardien mit breitem QRS-Komplex                                       |
| 1-265.7    | (Datenschutz) | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei nicht anhaltenden Kammer-tachykardien und/oder ventrikulären Extrasystolen |
| 1-265.e    | (Datenschutz) | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Vorhofflimmern   |
| 1-266.0    | 56            | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher  |
| 1-266.1    | 71            | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator (ICD)                       |
| 1-266.2    | 28            | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Kipp-tisch-Untersuchung zur Abklärung von Synkopen                       |
| 1-266.3    | (Datenschutz) | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Medikamentöser Provokationstest (zur Erkennung von Arrhythmien)          |
| 1-268.0    | (Datenschutz) | Kardiales Mapping: Rechter Vorhof  |
| 1-273.1    | 8             | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie   |
| 1-273.2    | (Datenschutz) | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Druckmessung mit Messung des Shuntvolumens  |
| 1-273.5    | (Datenschutz) | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Messung der pulmonalen Flussreserve   |
| 1-273.x    | (Datenschutz) | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Sonstige  |
| 1-274.3    | (Datenschutz) | Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums  |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| 1-275.0    | 1662          | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen  |
| 1-275.1    | 14            | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel  |
| 1-275.2    | 6             | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel   |
| 1-275.3    | (Datenschutz) | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung |
| 1-275.4    | 20            | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung   |
| 1-275.5    | 186           | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen   |
| 1-275.6    | (Datenschutz) | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Ventrikulographie mit Druckmessung im linken Ventrikel und Aortenbogendarstellung   |
| 1-276.1    | (Datenschutz) | Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Aortographie  |
| 1-279.0    | (Datenschutz) | Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Bestimmung des Herzvolumens und der Austreibungsfraktion   |
| 1-279.a    | 74            | Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit intrakoronarer Druckmessung  |
| 1-632.0    | (Datenschutz) | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs   |
| 1-710      | 43            | Ganzkörperplethysmographie  |
| 1-712      | 7             | Spiroergometrie   |
| 3-052      | 595           | Transösophageale Echokardiographie [TEE]  |
| 3-05g.0    | 11            | Endosonographie des Herzens: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]   |
| 3-200      | 17            | Native Computertomographie des Schädels   |
| 3-202      | 46            | Native Computertomographie des Thorax   |
| 3-207      | 16            | Native Computertomographie des Abdomens   |
| 3-20x      | 11            | Andere native Computertomographie   |
| 3-225      | (Datenschutz) | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel   |
| 3-300.1    | 10            | Optische Kohärenztomographie [OCT]: Koronargefäße   |
| 3-600      | (Datenschutz) | Arteriographie der intrakraniellen Gefäße   |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 3-601      | 56            | Arteriographie der Gefäße des Halses   |
| 3-602      | 144           | Arteriographie des Aortenbogens  |
| 3-603      | 10            | Arteriographie der thorakalen Gefäße   |
| 3-604      | 121           | Arteriographie der Gefäße des Abdomens   |
| 3-605      | 311           | Arteriographie der Gefäße des Beckens  |
| 3-606      | 5             | Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten  |
| 3-607      | 194           | Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten   |
| 3-994      | 45            | Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik  |
| 5-349.3    | (Datenschutz) | Andere Operationen am Thorax: Entfernung von Osteosynthesematerial   |
| 5-35a.00   | (Datenschutz) | Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Aortenklappenersatzes: Endovaskulär   |
| 5-377.1    | 10            | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem   |
| 5-377.30   | 45            | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation |
| 5-377.41   | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]: Mit Vorhofelektrode              |
| 5-377.50   | 21            | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Ohne atriale Detektion                                |
| 5-377.51   | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Mit atrialer Detektion                                |
| 5-377.6    | 5             | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation   |
| 5-377.71   | 10            | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation: Mit Vorhofelektrode                             |
| 5-377.8    | 13            | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder  |
| 5-377.c0   | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Isolierte Sondenimplantation, offen chirurgisch: Epikardial, linksventrikulär                  |
| 5-377.j    | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit subkutaner Elektrode   |
| 5-378.07   | 9             | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Ereignis-Rekorder   |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 5-378.18   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenentfernung: Schrittmacher   |
| 5-378.2g   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit subkutaner Elektrode  |
| 5-378.32   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem  |
| 5-378.35   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation   |
| 5-378.4c   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion                  |
| 5-378.4f   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode               |
| 5-378.51   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem                                     |
| 5-378.52   | 11            | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem                                    |
| 5-378.55   | 4             | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation                           |
| 5-378.5f   | 4             | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode |
| 5-378.62   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem  |
| 5-378.72   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem  |
| 5-378.75   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation   |
| 5-378.7c   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion                                |
| 5-378.a0   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Zusatzinformation für die Sondenentfernung: Einsatz eines Excimer-Lasers                                      |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 5-378.b3   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, Einkammersystem               |
| 5-378.ba   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation                           |
| 5-378.bc   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode |
| 5-378.c0   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator auf Defibrillator oder Herzschrittmacher: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation         |
| 5-380.70   | (Datenschutz) | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis  |
| 5-381.02   | (Datenschutz) | Enderarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell   |
| 5-381.54   | (Datenschutz) | Enderarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa   |
| 5-381.70   | (Datenschutz) | Enderarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis  |
| 5-381.71   | (Datenschutz) | Enderarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris   |
| 5-388.24   | (Datenschutz) | Naht von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: A. radialis  |
| 5-38a.40   | (Datenschutz) | Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Arterien Becken: Stent-Prothese, iliakal ohne Seitenarm  |
| 5-38a.a1   | (Datenschutz) | Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Bei Hybridverfahren an Aorta ascendens, Aortenbogen oder Aorta thoracica: Mit Implantation von zwei Stent-Prothesen  |
| 5-395.70   | (Datenschutz) | Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis   |
| 5-865.7    | (Datenschutz) | Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation   |
| 5-896.0b   | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Bauchregion  |
| 5-916.a0   | (Datenschutz) | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut  |
| 5-988      | (Datenschutz) | Anwendung eines Navigationssystems   |
| 5-98a.0    | 5             | Hybridtherapie: Anwendung der Hybridchirurgie  |
| 5-995      | 33            | Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)   |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 6-002.j0   | 7             | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Tirofiban, parenteral: 1,50 mg bis unter 3,00 mg  |
| 6-002.j3   | 6             | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Tirofiban, parenteral: 12,50 mg bis unter 18,75 mg  |
| 6-002.k0   | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Eptifibatid, parenteral: 30 mg bis unter 75 mg  |
| 6-002.k1   | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Eptifibatid, parenteral: 75 mg bis unter 150 mg   |
| 6-002.m0   | (Datenschutz) | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Abciximab, parenteral: 5 mg bis unter 10 mg   |
| 8-020.c    | 12            | Therapeutische Injektion: Thrombininjektion nach Anwendung eines Katheters in einer Arterie  |
| 8-152.0    | 4             | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Perikard   |
| 8-152.1    | (Datenschutz) | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle  |
| 8-190.20   | (Datenschutz) | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage   |
| 8-192.3f   | (Datenschutz) | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig, mit Anwendung biochirurgischer Verfahren: Unterschenkel |
| 8-640.0    | 50            | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)  |
| 8-640.1    | (Datenschutz) | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Desynchronisiert (Defibrillation)   |
| 8-641      | 9             | Temporäre externe elektrische Stimulation des Herzrhythmus   |
| 8-700.0    | 8             | Offenhalten der oberen Atemwege: Durch oropharyngealen Tubus   |
| 8-701      | 7             | Einfache endotracheale Intubation  |
| 8-706      | (Datenschutz) | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung  |
| 8-771      | 5             | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation  |
| 8-800.c0   | 16            | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE   |
| 8-803.2    | (Datenschutz) | Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung   |
| 8-812.60   | (Datenschutz) | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE  |



| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 8-831.0    | 11            | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße:<br>Legen  |
| 8-835.20   | 10            | Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Konventionelle<br>Radiofrequenzablation: Rechter Vorhof  |
| 8-835.22   | (Datenschutz) | Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Konventionelle<br>Radiofrequenzablation: Rechter Ventrikel   |
| 8-835.30   | (Datenschutz) | Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Gekühlte<br>Radiofrequenzablation: Rechter Vorhof  |
| 8-835.35   | 5             | Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Gekühlte<br>Radiofrequenzablation: Pulmonalvenen   |
| 8-835.80   | 16            | Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Ablation mit Hilfe<br>dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren:<br>Rechter Vorhof                               |
| 8-835.83   | (Datenschutz) | Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Ablation mit Hilfe<br>dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren: Linker<br>Vorhof                                |
| 8-835.d3   | 62            | Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Ablation mit Hilfe<br>dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren mit<br>Messung des Anpressdruckes: Linker Vorhof |
| 8-836.00   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie<br>(Ballon): Gefäße intrakraniell   |
| 8-836.02   | 5             | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie<br>(Ballon): Gefäße Schulter und Oberarm  |
| 8-836.04   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie<br>(Ballon): Aorta  |
| 8-836.07   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie<br>(Ballon): V. cava  |
| 8-836.08   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie<br>(Ballon): Andere Gefäße thorakal   |
| 8-836.0a   | 4             | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie<br>(Ballon): Gefäße viszeral  |
| 8-836.0c   | 35            | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie<br>(Ballon): Gefäße Unterschenkel   |
| 8-836.0q   | 42            | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie<br>(Ballon): Andere Arterien abdominal und pelvin   |
| 8-836.0s   | 119           | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie<br>(Ballon): Arterien Oberschenkel  |
| 8-836.1k   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Blade-Angioplastie<br>(Scoring- oder Cutting-balloon): Arterien Oberschenkel   |
| 8-836.67   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention:<br>Fremdkörperentfernung: V. cava  |



| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 8-836.7c   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Thrombolyse: Gefäße Unterschenkel  |
| 8-836.7k   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Thrombolyse: Arterien Oberschenkel   |
| 8-836.8c   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Gefäße Unterschenkel  |
| 8-836.8h   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Andere Arterien abdominal und pelvin  |
| 8-837.00   | 498           | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie  |
| 8-837.01   | 61            | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien                                    |
| 8-837.4    | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Fremdkörperentfernung   |
| 8-837.50   | 4             | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Rotablation: Eine Koronararterie  |
| 8-837.d0   | 8             | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Verschluss eines Septumdefekts: Vorhofseptum                                      |
| 8-837.m0   | 244           | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: Ein Stent in eine Koronararterie    |
| 8-837.m1   | 127           | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: 2 Stents in eine Koronararterie     |
| 8-837.m2   | 11            | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien |
| 8-837.m3   | 57            | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: 3 Stents in eine Koronararterie     |
| 8-837.m4   | 23            | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: 3 Stents in mehrere Koronararterien |
| 8-837.m5   | 15            | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: 4 Stents in eine Koronararterie     |
| 8-837.m6   | 9             | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: 4 Stents in mehrere Koronararterien |
| 8-837.m7   | 4             | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: 5 Stents in eine Koronararterie     |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 8-837.m8   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 5 Stents in mehrere Koronararterien  |
| 8-837.ma   | 6             | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien   |
| 8-837.p    | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)  |
| 8-837.q    | 8             | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)  |
| 8-837.s0   | 12            | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Maßnahmen zur Embolieprotektion am linken Herzhohr: Implantation eines permanenten Embolieprotektionssystems  |
| 8-837.t    | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen  |
| 8-837.x    | 261           | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Sonstige  |
| 8-839.90   | (Datenschutz) | Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit kontralateraler Koronardarstellung                        |
| 8-839.91   | (Datenschutz) | Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit kontralateraler Koronardarstellung und Doppeldrahttechnik |
| 8-839.92   | 10            | Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße          |
| 8-83b.00   | 53            | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer  |
| 8-83b.06   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Paclitaxel-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer   |
| 8-83b.07   | 39            | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer   |
| 8-83b.08   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer  |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 8-83b.0b   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung |
| 8-83b.0c   | 431           | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer                         |
| 8-83b.50   | 58            | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 1 Modellierballon   |
| 8-83b.51   | 14            | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 2 oder mehr Modellierballons  |
| 8-83b.70   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung von mehr als einem Mikrokathetersystem: 2 Mikrokathetersysteme  |
| 8-83b.9    | 12            | Zusatzinformationen zu Materialien: Einsatz eines Embolieprotektionssystems  |
| 8-83b.b6   | 58            | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentenfreisetzender Ballon an Koronargefäßen  |
| 8-83b.b7   | 5             | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen   |
| 8-83b.b9   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier oder mehr medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen   |
| 8-83b.ba   | 59            | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentenfreisetzender Ballon an anderen Gefäßen   |
| 8-83b.bb   | 30            | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentenfreisetzende Ballons an anderen Gefäßen  |
| 8-83b.bc   | 7             | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamentenfreisetzende Ballons an anderen Gefäßen  |
| 8-83b.bd   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier oder mehr medikamentenfreisetzende Ballons an anderen Gefäßen  |
| 8-83b.c2   | 23            | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystem: Nahtsystem   |
| 8-83b.c3   | 21            | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystem: Clipsystem   |
| 8-83b.c4   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystem: Polymerdichtung mit äußerer Sperrscheibe   |
| 8-83b.c5   | 105           | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystem: Resorbierbare Plugs ohne Anker   |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| 8-83b.f1   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Länge peripherer Stents: 100 mm bis unter 150 mm  |
| 8-83c.70   | (Datenschutz) | Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Intraarterielle Spasmolyse an sonstigen Gefäßen: 1 Gefäß   |
| 8-83d.00   | (Datenschutz) | Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden bioresorbierbaren Stents: Ein bioresorbierbarer Stent in eine Koronararterie |
| 8-83d.01   | (Datenschutz) | Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden bioresorbierbaren Stents: 2 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie   |
| 8-840.02   | 4             | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Gefäße Schulter und Oberarm  |
| 8-840.04   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Aorta  |
| 8-840.08   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Gefäße thorakal   |
| 8-840.0a   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Gefäße viszeral  |
| 8-840.0c   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Gefäße Unterschenkel   |
| 8-840.0q   | 26            | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Arterien abdominal und pelvin   |
| 8-840.0s   | 28            | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Arterien Oberschenkel  |
| 8-840.0x   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Sonstige   |
| 8-840.1a   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: Gefäße viszeral  |
| 8-840.1c   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: Gefäße Unterschenkel   |
| 8-840.1q   | 4             | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: Andere Arterien abdominal und pelvin   |
| 8-840.1r   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: Andere Venen abdominal und pelvin  |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| 8-840.1s   | 13            | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: Arterien Oberschenkel  |
| 8-840.2q   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Drei Stents: Andere Arterien abdominal und pelvin   |
| 8-840.2s   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Drei Stents: Arterien Oberschenkel  |
| 8-840.3s   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Vier Stents: Arterien Oberschenkel  |
| 8-841.0c   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Gefäße Unterschenkel   |
| 8-841.0s   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Arterien Oberschenkel  |
| 8-842.0q   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: Andere Arterien abdominal und pelvin                        |
| 8-849.0q   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von sonstigen ungecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: Andere Arterien abdominal und pelvin  |
| 8-900      | 4             | Intravenöse Anästhesie  |
| 8-923      | (Datenschutz) | Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung  |
| 8-930      | 918           | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes   |
| 8-931.0    | 7             | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung |
| 8-980.0    | 117           | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte  |
| 8-980.10   | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte  |
| 8-980.11   | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte  |
| 8-980.20   | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte   |
| 8-980.21   | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte  |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 8-980.30   | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspunkte   |
| 8-987.10   | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 6 Behandlungstage      |
| 8-987.13   | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 21 Behandlungstage |
| 8-98f.0    | 91            | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte  |
| 8-98f.10   | 4             | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte  |
| 8-98f.11   | (Datenschutz) | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte  |
| 8-98f.20   | (Datenschutz) | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte   |
| 8-98f.30   | (Datenschutz) | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspunkte  |
| 8-990      | 52            | Anwendung eines Navigationssystems   |
| 9-200.02   | (Datenschutz) | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte  |
| 9-200.1    | (Datenschutz) | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte   |
| 9-984.7    | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2   |

### Freiwillig im Qualitätsbericht angegebene Prozeduren

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

- **Diagnosen zu B-3.6**

| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung   |
|------------|----------|---|
| I08.0      | 16       | Krankheiten der Mitral- und Aortenklappe, kombiniert              |
| I08.1      | 12       | Krankheiten der Mitral- und Trikuspidalklappe, kombiniert         |
| I20.0      | 29       | Instabile Angina pectoris   |
| I20.8      | 35       | Sonstige Formen der Angina pectoris                               |
| I21.0      | 14       | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand                 |
| I21.1      | 12       | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand                 |
| I21.4      | 136      | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt                            |
| I25.1      | 213      | Atherosklerotische Herzkrankheit                                  |
| I25.4      | 6        | Koronararterienaneurysma  |
| I25.5      | 6        | Ischämische Kardiomyopathie                                       |
| I33.0      | 17       | Akute und subakute infektiöse Endokarditis                        |
| I34.0      | 37       | Mitralklappeninsuffizienz   |
| I34.1      | 7        | Mitralklappenprolaps  |
| I35.0      | 83       | Aortenklappenstenose  |
| I35.1      | 16       | Aortenklappeninsuffizienz   |
| I35.2      | 49       | Aortenklappenstenose mit Insuffizienz                             |
| I44.2      | 6        | Atrioventrikulärer Block 3. Grades                                |
| I50.1      | 6        | Linksherzinsuffizienz   |
| I65.2      | 34       | Verschluss und Stenose der A. carotis                             |
| I70.2      | 43       | Atherosklerose der Extremitätenarterien                           |
| I71.2      | 8        | Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur           |
| I71.4      | 10       | Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur         |
| I83.9      | 6        | Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung  |
| Q23.8      | 13       | Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorten- und Mitralklappe    |
| T81.4      | 16       | Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert    |
| T82.0      | 6        | Mechanische Komplikation durch eine Herzklappenprothese           |
| T82.1      | 30       | Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät |



| ICD-Ziffer | Fallzahl | Bezeichnung   |
|------------|----------|---|
| T82.7      | 32       | Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen |
| T84.2      | 8        | Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen                             |
| Z45.0      | 24       | Anpassung und Handhabung eines kardialen (elektronischen) Geräts  |



- **Prozeduren zu B-3.7**

**Verpflichtend im Qualitätsbericht anzugebende Prozeduren**

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 1-266.0    | 28            | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher                    |
| 1-266.1    | 29            | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator (ICD) |
| 1-273.1    | (Datenschutz) | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie   |
| 1-275.0    | 49            | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen                                 |
| 1-275.4    | 4             | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung  |
| 1-275.5    | 13            | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen                                      |
| 1-279.a    | (Datenschutz) | Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit intrakoronarer Druckmessung         |
| 1-587.0    | (Datenschutz) | Biopsie an Blutgefäßen durch Inzision: Gefäße Kopf und Hals, extrakraniell   |
| 1-632.0    | 5             | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs  |
| 1-650.2    | (Datenschutz) | Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie  |
| 1-710      | (Datenschutz) | Ganzkörperplethysmographie   |
| 3-052      | 208           | Transösophageale Echokardiographie [TEE]   |
| 3-05g.0    | (Datenschutz) | Endosonographie des Herzens: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]  |
| 3-200      | 28            | Native Computertomographie des Schädels  |
| 3-201      | (Datenschutz) | Native Computertomographie des Halses  |
| 3-202      | 63            | Native Computertomographie des Thorax  |
| 3-207      | 17            | Native Computertomographie des Abdomens  |
| 3-20x      | 7             | Andere native Computertomographie  |
| 3-601      | 34            | Arteriographie der Gefäße des Halses   |
| 3-602      | 71            | Arteriographie des Aortenbogens  |
| 3-603      | (Datenschutz) | Arteriographie der thorakalen Gefäße   |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 3-604      | 12            | Arteriographie der Gefäße des Abdomens   |
| 3-605      | 67            | Arteriographie der Gefäße des Beckens  |
| 3-606      | (Datenschutz) | Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten  |
| 3-607      | 18            | Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten   |
| 3-612.0    | (Datenschutz) | Phlebographie der Gefäße von Abdomen und Becken: Untere Hohlvene   |
| 3-614      | (Datenschutz) | Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches   |
| 3-721.20   | (Datenschutz) | Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens: Myokardszintigraphie unter pharmakologischer Belastung: Ohne EKG-Triggerung  |
| 3-994      | (Datenschutz) | Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik  |
| 5-340.0    | (Datenschutz) | Inzision von Brustwand und Pleura: Drainage der Brustwand oder Pleurahöhle, offen chirurgisch  |
| 5-341.32   | (Datenschutz) | Inzision des Mediastinums: Extrapleural, durch Resternotomie: Blutstillung   |
| 5-346.4    | (Datenschutz) | Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Sekundärer Verschluss einer Thorakotomie  |
| 5-349.3    | (Datenschutz) | Andere Operationen am Thorax: Entfernung von Osteosynthesematerial   |
| 5-351.02   | (Datenschutz) | Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)  |
| 5-361.03   | (Datenschutz) | Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien  |
| 5-361.17   | (Datenschutz) | Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz  |
| 5-361.27   | (Datenschutz) | Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz  |
| 5-370.0    | (Datenschutz) | Perikardiotomie und Kardiotomie: Perikarddrainage  |
| 5-370.1    | (Datenschutz) | Perikardiotomie und Kardiotomie: Perikardiotomie   |
| 5-372.2    | (Datenschutz) | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Perikardes und Perikardektomie: Perikardektomie, partiell (Perikardfenster), offen chirurgisch                            |
| 5-377.1    | 6             | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem   |
| 5-377.30   | 21            | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 5-377.50   | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Ohne atriale Detektion                                  |
| 5-377.6    | 4             | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation   |
| 5-377.71   | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation: Mit Vorhofelektrode                               |
| 5-377.8    | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder  |
| 5-377.c0   | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Isolierte Sondenimplantation, offen chirurgisch: Epikardial, linksventrikulär                    |
| 5-377.g1   | (Datenschutz) | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Isolierte Sondenimplantation, endovaskulär: Rechtsventrikulär                                    |
| 5-378.07   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Ereignis-Rekorder   |
| 5-378.21   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Einkammersystem                                  |
| 5-378.22   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem                                 |
| 5-378.25   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation                        |
| 5-378.2c   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion |
| 5-378.32   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem  |
| 5-378.3f   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode             |
| 5-378.4f   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode |
| 5-378.52   | 6             | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem                      |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 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  |
| 5-378.5f   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode   |
| 5-378.62   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem  |
| 5-378.6c   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion  |
| 5-378.6f   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode   |
| 5-378.71   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem   |
| 5-378.72   | 4             | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem  |
| 5-378.7f   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode   |
| 5-378.a0   | 8             | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Zusatzinformation für die Sondenentfernung: Einsatz eines Excimer-Lasers  |
| 5-378.b3   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, Einkammersystem       |
| 5-378.b5   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode                |
| 5-378.c0   | (Datenschutz) | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator auf Defibrillator oder Herzschrittmacher: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation |
| 5-381.70   | (Datenschutz) | Enderarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis  |
| 5-381.73   | (Datenschutz) | Enderarteriektomie: Arterien Oberschenkel: Gefäßprothese   |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| 5-383.72   | (Datenschutz) | Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. poplitea   |
| 5-385.70   | (Datenschutz) | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna  |
| 5-392.10   | 4             | Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica   |
| 5-393.51   | (Datenschutz) | Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femorofemoral  |
| 5-393.53   | (Datenschutz) | Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femoropopliteal, oberhalb des Kniegelenkes   |
| 5-394.1    | (Datenschutz) | Revision einer Blutgefäßoperation: Revision einer Anastomose  |
| 5-394.5    | (Datenschutz) | Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines arteriovenösen Shuntes  |
| 5-394.6    | (Datenschutz) | Revision einer Blutgefäßoperation: Verschluss eines arteriovenösen Shuntes  |
| 5-395.1x   | (Datenschutz) | Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Schulter und Oberarm: Sonstige  |
| 5-399.5    | (Datenschutz) | Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)              |
| 5-399.7    | (Datenschutz) | Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)                             |
| 5-449.d3   | (Datenschutz) | Andere Operationen am Magen: Clippen: Endoskopisch  |
| 5-449.e3   | (Datenschutz) | Andere Operationen am Magen: Injektion: Endoskopisch  |
| 5-452.61   | (Datenschutz) | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge |
| 5-469.e3   | (Datenschutz) | Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch   |
| 5-536.44   | (Datenschutz) | Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandersatz                                    |
| 5-572.1    | (Datenschutz) | Zystostomie: Perkutan   |
| 5-865.7    | (Datenschutz) | Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation  |
| 5-865.8    | (Datenschutz) | Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenstrahlresektion   |
| 5-865.90   | (Datenschutz) | Amputation und Exartikulation Fuß: Innere Amputation im Bereich der Mittelfuß- und Fußwurzelknochen: Metatarsale (und Phalangen), bis zu zwei Strahlen          |
| 5-892.06   | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Schulter und Axilla  |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 5-892.0e   | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Oberschenkel und Knie   |
| 5-892.0f   | (Datenschutz) | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Unterschenkel   |
| 5-894.16   | (Datenschutz) | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Schulter und Axilla                   |
| 5-896.06   | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Schulter und Axilla        |
| 5-896.0a   | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Brustwand und Rücken       |
| 5-896.0c   | 12            | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Leisten- und Genitalregion |
| 5-896.0f   | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Unterschenkel              |
| 5-896.16   | 4             | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Schulter und Axilla         |
| 5-896.1a   | 14            | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Brustwand und Rücken        |
| 5-896.1c   | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Leisten- und Genitalregion  |
| 5-896.1f   | (Datenschutz) | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel               |
| 5-900.0f   | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Unterschenkel   |
| 5-900.16   | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Schulter und Axilla                                   |
| 5-900.1a   | 4             | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Brustwand und Rücken                                  |
| 5-900.1c   | 4             | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Leisten- und Genitalregion                            |
| 5-900.1e   | (Datenschutz) | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Oberschenkel und Knie                                 |
| 5-900.1f   | 4             | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Unterschenkel   |



| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 5-916.a0   | 16            | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut  |
| 5-916.a1   | (Datenschutz) | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten  |
| 5-916.a2   | 16            | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und/oder Sternum  |
| 5-930.00   | (Datenschutz) | Art des Transplantates: Autogen: Ohne externe In-vitro-Aufbereitung  |
| 5-983      | (Datenschutz) | Reoperation  |
| 5-98a.0    | (Datenschutz) | Hybridtherapie: Anwendung der Hybridchirurgie  |
| 5-995      | (Datenschutz) | Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)   |
| 8-123.1    | (Datenschutz) | Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Entfernung   |
| 8-144.2    | 6             | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter  |
| 8-152.1    | 35            | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle  |
| 8-190.20   | (Datenschutz) | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage   |
| 8-190.21   | 5             | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage  |
| 8-190.22   | (Datenschutz) | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 15 bis 21 Tage   |
| 8-192.3f   | (Datenschutz) | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig, mit Anwendung biochirurgischer Verfahren: Unterschenkel |
| 8-192.3g   | (Datenschutz) | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig, mit Anwendung biochirurgischer Verfahren: Fuß           |
| 8-640.0    | 40            | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)  |
| 8-641      | 5             | Temporäre externe elektrische Stimulation des Herzrhythmus   |
| 8-701      | 21            | Einfache endotracheale Intubation  |
| 8-706      | (Datenschutz) | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung  |
| 8-771      | 15            | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation  |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 8-800.c0   | 45            | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE                               |
| 8-800.c1   | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE                              |
| 8-800.c2   | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 11 TE bis unter 16 TE                             |
| 8-800.g0   | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 1 Thrombozytenkonzentrat                          |
| 8-800.g1   | (Datenschutz) | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 2 Thrombozytenkonzentrate                         |
| 8-803.2    | 8             | Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung   |
| 8-810.j5   | 4             | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 2,0 g bis unter 3,0 g                        |
| 8-810.j6   | (Datenschutz) | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 3,0 g bis unter 4,0 g                        |
| 8-812.52   | (Datenschutz) | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 2.500 IE bis unter 3.500 IE |
| 8-831.0    | 28            | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen   |
| 8-836.0c   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Unterschenkel  |
| 8-836.0s   | 7             | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Arterien Oberschenkel   |
| 8-836.1k   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon): Arterien Oberschenkel                                  |
| 8-836.6x   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Fremdkörperentfernung: Sonstige  |
| 8-837.00   | 17            | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie  |
| 8-837.01   | 6             | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien                                    |
| 8-837.11   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Laser-Angioplastie: Mehrere Koronararterien                                       |



| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung   |
|------------|---------------|---|
| 8-837.4    | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Fremdkörperentfernung  |
| 8-837.m0   | 11            | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen- den Stents: Ein Stent in eine Koronararterie                  |
| 8-837.m1   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen- den Stents: 2 Stents in eine Koronararterie                   |
| 8-837.m2   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen- den Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien               |
| 8-837.m3   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen- den Stents: 3 Stents in eine Koronararterie                   |
| 8-837.m5   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen- den Stents: 4 Stents in eine Koronararterie                   |
| 8-837.m8   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen- den Stents: 5 Stents in mehrere Koronararterien               |
| 8-837.ma   | (Datenschutz) | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen- den Stents: Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien    |
| 8-837.x    | 10            | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Sonstige   |
| 8-83b.00   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzen- den Stents oder OPD-Systeme: ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzen- de Stents oder OPD-Systeme mit Polymer |
| 8-83b.07   | 4             | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzen- den Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzen- de Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer            |
| 8-83b.0c   | 19            | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzen- den Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzen- de Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer  |
| 8-83b.50   | 4             | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 1 Modellierballon  |
| 8-83b.51   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 2 oder mehr Modellierballons   |
| 8-83b.ba   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentenfreisetzen- der Ballon an anderen Gefäßen  |
| 8-83b.bb   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentenfreisetzen- de Ballons an anderen Gefäßen   |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 8-83b.c2   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Nahtsystem   |
| 8-83b.c3   | (Datenschutz) | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Clipsystem   |
| 8-83b.c5   | 8             | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs ohne Anker   |
| 8-840.0s   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Arterien Oberschenkel   |
| 8-840.1s   | (Datenschutz) | (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: Arterien Oberschenkel   |
| 8-930      | 121           | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes  |
| 8-931.0    | (Datenschutz) | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung           |
| 8-980.0    | 247           | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte   |
| 8-980.10   | 16            | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte   |
| 8-980.11   | 12            | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte   |
| 8-980.20   | 8             | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte  |
| 8-980.21   | 5             | 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   | 4             | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1381 bis 1656 Aufwandspunkte   |
| 8-980.40   | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1657 bis 1932 Aufwandspunkte   |
| 8-980.41   | (Datenschutz) | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1933 bis 2208 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 |

| OPS-Ziffer | Fallzahl      | Bezeichnung  |
|------------|---------------|--|
| 8-987.13   | (Datenschutz) | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 21 Behandlungstage |
| 8-98f.0    | 254           | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte  |
| 8-98f.10   | 16            | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte  |
| 8-98f.11   | 7             | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte  |
| 8-98f.20   | 10            | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte   |
| 8-98f.21   | 5             | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte  |
| 8-98f.30   | 6             | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspunkte  |
| 8-98f.31   | 4             | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1381 bis 1656 Aufwandspunkte  |
| 9-984.7    | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2   |
| 9-984.8    | (Datenschutz) | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3   |

### Freiwillig im Qualitätsbericht angegebene Prozeduren

— (vgl. Hinweis auf Seite 2)

## Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 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. Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt die Daten unverändert und ungeprüft wieder. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte kann keine Gewähr übernommen werden. Nach §§ 8 bis 10 Telemediengesetz ist die Geschäftsstelle des G-BA nicht verpflichtet, übermittelte oder gespeicherte fremde Informationen zu überwachen oder nach Umständen zu forschen, die auf eine rechtswidrige Tat hinweisen. Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung konkreter Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen wird die Geschäftsstelle diese Informationen umgehend entfernen.

**Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)**  
**Wegelystr. 8, 10623 Berlin**  
**[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)**

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt durch die  
Gesundheitsforen Leipzig GmbH ([www.gesundheitsforen.net](http://www.gesundheitsforen.net)).