

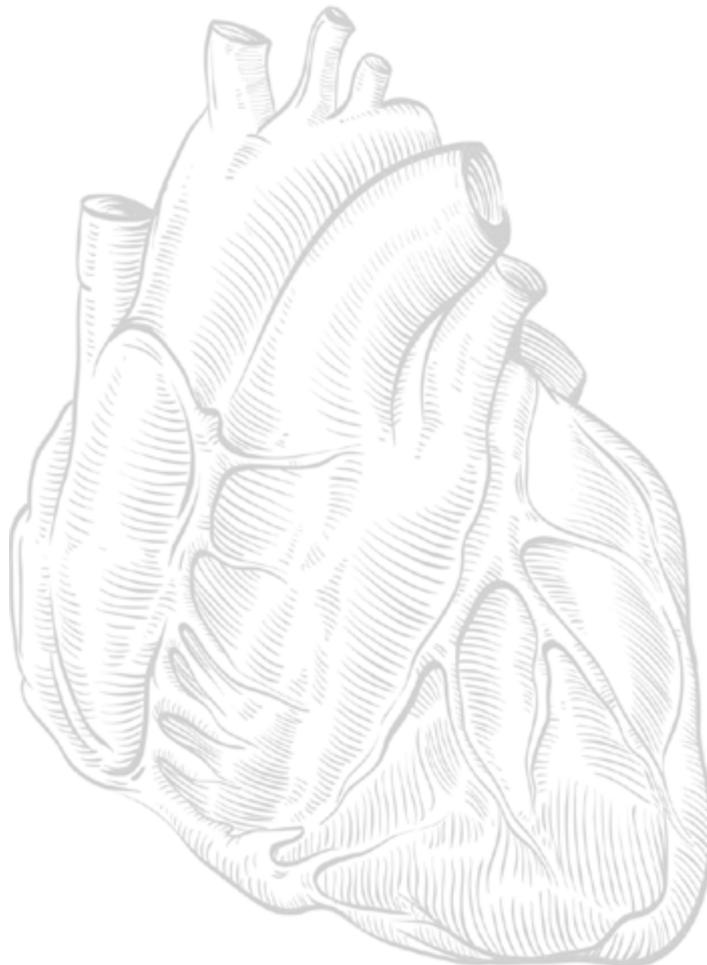


**CARDIOCLINIC KÖLN**  
Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

# STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT

analog zu den Regelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3  
SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten  
Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

für das Jahr 2021





## **Liebe Leserinnen, liebe Leser,**

wir freuen uns über Ihr Interesse an der CardioClinic Köln und präsentieren Ihnen hier unseren Qualitätsbericht 2021.

Die CardioClinic Krankenhausbetriebsgesellschaft mbH wurde im Jahr 1995 als herzchirurgische Einheit am Evangelischen Krankenhaus Kalk in privater Trägerschaft gegründet und ist seit 2008 eine hundertprozentige Tochter der Universitätsklinik Köln.

Sie nimmt in organisatorischer Zusammenarbeit mit der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie der Uniklinik Köln und eigenständiger medizinischer Führung an der planmäßigen Versorgung der herzchirurgischen Patientinnen und Patienten teil.

In den Jahren 2011 bis 2017 wurden auch thoraxchirurgische Eingriffe in der CardioClinic Köln durchgeführt, dieses Programm wurde in die Herz- und Thoraxchirurgie der Uniklinik Köln zurückverlagert.

Seit 2020 wurde durch die Regelung des Standortregisters ein eigener Standort für die CardioClinic Köln festgelegt. Eine Integration des Qualitätsberichtes der CardioClinic in den Bericht der Uniklinik Köln findet seither nicht mehr statt.

Ein hoch spezialisiertes Team von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften mit langjähriger fachlicher Expertise in der Behandlung von herzchirurgischen Patientinnen und Patienten im Erwachsenenalter schafft den Rahmen für eine besonders persönliche und kompetente Patientenversorgung.

Die CardioClinic Köln steht in enger Kooperation mit dem Evangelischen Krankenhaus Kalk und nutzt die Logistik dieses Krankenhauses der gehobenen Versorgung mit fast 400 Betten. Dem Krankenhaus angegliedert sind eine etablierte kardiologische Gemeinschaftspraxis (Kardiologie Köln am Neumarkt) mit Herzkathetermessplatz, ein Zentrallabor mit transfusionsmedizinischer Infrastruktur des MVZ Synlab Leverkusen und eine radiologische Gemeinschaftspraxis (Radiologie Köln-Kalk). Diese Kooperationspartner gewährleisten eine 24/7-Verfügbarkeit aller notwendigen medizinischen Dienstleistungen. Weitere angegliederte Arztpraxen stellen die Versorgung mit allen relevanten Disziplinen vor Ort sicher.

Die Universitätsklinik Köln als Muttergesellschaft gewährleistet alle erforderlichen Strukturen eines modernen Krankenhauses seitens der Patienten- und Personalverwaltung, der Informationstechnologie sowie der Einhaltung gesetzlicher Vorschriften wie der Unfallverhütungsvorschriften, dem Datenschutz und anderer gesetzlicher Normen. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit allen verfügbaren medizinischen Disziplinen der Uniklinik Köln.

Im Jahr 2018 wurde auf der Ebene 2 des Evangelischen Krankenhauses Kalk eine nach modernsten Gesichtspunkten eingerichtete, von der CardioClinic Köln geplante und finanzierte Intensivstation bezogen. Hier befinden sich sechs voll ausgestattete Intensiv- und drei Intermediate-Care-(Überwachungs-)betten unter anästhesiologisch-intensivmedizinischer Leitung. Auf der Normalstation werden die Patienten von einem speziell geschulten Pflorgeteam des Evangelischen Krankenhauses Kalk und ärztlich von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der CardioClinic Köln betreut.

Die Corona-Pandemie hat auch das Jahr 2021 noch sehr nachhaltig beeinflusst. Die Intensivkapazitäten der CardioClinic Köln wurden weiterhin von der Taskforce der Uniklinik verwaltet und zur Behandlung von nicht an Corona erkrankten Intensivpatienten genutzt. Ein überregional zu beobachtender passagerer Rückgang der Patientenzahlen in der Herzchirurgie ist mit ursächlich für den fehlenden Wiederanstieg der Patientenzahlen.



# CARDIOCLINIC KÖLN

Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021

Wir wollen die Zukunft mit der Fortführung unserer bewährten Philosophie gestalten. Ein hoher Facharztstandard und erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf allen Ebenen der Klinik gewährleisten ein hohes Maß an Patientenzufriedenheit und eine überdurchschnittlich hohe Erfolgsquote, die sich in den Ergebnissen der externen vergleichenden Qualitätssicherung zeigt.

Köln, im November 2021



Dr. med. Barbara Limpers

**Ärztliche Direktorin**

Georg Hornbach

**Geschäftsführer**

Ralf Winter

**Teamleitung Pflege**



## **Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021**

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u. a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.



## **Hinweis zur Darstellung nach Standorten**

Aufgrund der formalen Vorgaben für das neu eingeführte Standortregister gilt die Universitätsklinik Köln seit 2020 als ein Krankenhaus mit zwei Standorten:

- Universitätsklinik Köln
- CardioCliniC Köln

Somit müssen zwei getrennte Teilberichte erstellt werden. Der hier vorliegende Bericht enthält nur Angaben zum Standort CardioCliniC Köln.



## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Liebe Leserinnen, liebe Leser, .....</b>	<b>2</b>
<b>Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021 .....</b>	<b>4</b>
<b>Hinweis zur Darstellung nach Standorten .....</b>	<b>5</b>
<b>Inhaltsverzeichnis.....</b>	<b>6</b>
Hinweis zur Sortierung in Tabellen.....	8
Hinweis zu Fallzahlen < 4.....	8
Hinweis zur genderneutralen Formulierung.....	8
<b>A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses .....</b>	<b>9</b>
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	10
Im Bericht dargestellter Standort .....	11
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers .....	12
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	12
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	12
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	13
A-6 Weitere nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses .....	14
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	16
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	18
A-9 Anzahl der Betten .....	18
A-10 Gesamtfallzahlen.....	18
A-11 Personal des Krankenhauses.....	19
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	22
A-13 Besondere apparative Ausstattung .....	33
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	34
<b>B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen.....</b>	<b>35</b>
B-1 Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin.....	36
<b>C Qualitätssicherung .....</b>	<b>44</b>
C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	45
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	108
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	108



C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	108
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	109
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	110
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	110
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....	111
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement .....</b>	<b>112</b>
D-1	Qualitätspolitik .....	113
D-2	Qualitätsziele .....	114
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	114
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	116
	<b>Hinweise zur Datengrundlage .....</b>	<b>120</b>
	<b>Impressum.....</b>	<b>122</b>



### **Hinweis zur Sortierung in Tabellen**

Die Zeilen in den Tabellen der Kapitel

- A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
- A-6 Weitere nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses
- A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen
- A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal
- A-13 Besondere apparative Ausstattung
- B-x.3 Medizinische Leistungsangebote
- B-x.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-x.11 Personelle Ausstattung (alle Tabellen zu Qualifikationen)

sind nach einer früheren Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) **alphabetisch** nach Text sortiert, nicht nach den Schlüsselnummern in der ersten Spalte.

Alle anderen Tabellen sind nach den **Schlüsselnummern** der G-BA-Auswahllisten sortiert, da hier eine alphabetische Sortierung der Texte die Orientierung nicht vereinfacht.

Bei Diagnosen (ICD) und Prozeduren (OPS) in den Ranglisten richtet sich die Reihenfolge nach der **Anzahl**, bei gleicher Anzahl bzw. bei Fallzahl < 4 nach dem Schlüssel.

### **Hinweis zu Fallzahlen < 4**

Bei Fallzahlen < 4 (weniger als vier Fälle) darf die Fallzahl laut Beschluss des G-BA aus Datenschutzgründen nicht angegeben werden.

### **Hinweis zur genderneutralen Formulierung**

Alle eigenen Texte wurden unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Gleichstellungsbeauftragten des Universitätsklinikums Köln genderneutral formuliert.

Die vom G-BA vorgegebenen Schlüsselbezeichner, z. B. zur „personellen Ausstattung“, sind bereits vom G-BA genderneutral formuliert und wurden nicht verändert.



**CARDIOCLINIC KÖLN**  
Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021

## **A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**



## **A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses**

Name **Universitätsklinikum Köln**  
Hausadresse Kerpener Straße 62  
50937 Köln  
Postadresse 50924 Köln  
Internet [www.uk-koeln.de](http://www.uk-koeln.de)  
Telefon 0221 / 478 – 0  
Telefax 0221 / 478 – 4095  
E-Mail [info@uk-koeln.de](mailto:info@uk-koeln.de)

### **Ärztliche Leitung**

Name **Univ.-Prof. Dr. med. Edgar Schömig**  
Position Ärztlicher Direktor (Vorstandsvorsitzender)  
Telefon 0221 / 478 – 6241  
E-Mail [aerztlicher-direktor@uk-koeln.de](mailto:aerztlicher-direktor@uk-koeln.de)

### **Pflegedienstleitung**

Name **Marina Filipović**  
Position Pflegedirektorin (Vorstand)  
Telefon 0221 / 478 – 4938  
Telefax 0221 / 478 – 6590  
E-Mail [marina.filipovic@uk-koeln.de](mailto:marina.filipovic@uk-koeln.de)

### **Verwaltungsleitung**

Name **Dipl.-Kfm. Damian Grüttner**  
Position Kaufmännischer Direktor (Stellv. Vorstandsvorsitzender)  
Telefon 0221 / 478 – 5401  
E-Mail [kaufmaennischer-direktor@uk-koeln.de](mailto:kaufmaennischer-direktor@uk-koeln.de)



# CARDIOCLINIC KÖLN

Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021  
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## Im Bericht dargestellter Standort

Name **CardioClinic Köln**  
Hausadresse Buchforststraße 2  
51103 Köln  
Internet [www.cardioclinc-koeln.de](http://www.cardioclinc-koeln.de)  
Telefon 0221 / 985292 – 0  
Telefax 0221 / 985292 – 99  
E-Mail [info@cardioclinc-koeln.de](mailto:info@cardioclinc-koeln.de)  
Institutions-  
kennzeichen (IK)\* 260530283  
Standortnummer\*\* 772616000

## Ärztliche Leitung

Name **Dr. med Barbara Limpers**  
Position Ärztliche Direktion  
Chefärztin Anästhesie und Intensivmedizin  
Telefon 0221 / 985292 – 21  
Telefax 0221 / 985292 – 99  
E-Mail [limpers@cardioclinc-koeln.de](mailto:limpers@cardioclinc-koeln.de)

## Pflegedienstleitung

Name **Ralf Winter**  
Position Teamleitung Pflege  
Telefon 0221 / 985292 – 80  
Telefax 0221 / 985292 – 99  
E-Mail [winter@cardioclinc-koeln.de](mailto:winter@cardioclinc-koeln.de)

## Verwaltungsleitung

Name **Dipl.-Volksw. Georg Hornbach**  
Position Geschäftsführer  
Telefon 0221 / 985292 – 21  
Telefax 0221 / 985292 – 99  
E-Mail [hornbach@cardioclinc-koeln.de](mailto:hornbach@cardioclinc-koeln.de)

\* = Institutionskennzeichen (IK): Haupt-IK gemäß des Standortverzeichnisses des Krankenhauses, das sowohl für die Identifikation bei der Annahmestelle, als auch bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wird.

\*\* = Standortnummer: Standortnummer aus dem Standortverzeichnis

Aufgrund der formalen Vorgaben für das neu eingeführte Standortregister gilt die Universitätsklinik Köln seit 2020 als ein Krankenhaus mit zwei Standorten:

- Universitätsklinik Köln
- CardioClinic Köln

Somit müssen zwei getrennte Teilberichte erstellt werden. Der hier vorliegende Bericht enthält nur Angaben zum Standort CardioClinic Köln.



**A-2 Name und Art des Krankenhausträgers**

Träger **Universitätsklinikum Köln – Anstalt des öffentlichen Rechts**  
Art öffentlich  
Internet [www.uk-koeln.de](http://www.uk-koeln.de)

**A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

Universitätsklinikum der Universität zu Köln

**A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie**

Nein, es besteht keine regionale Versorgungsverpflichtung.



## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP04	Atemgymnastik/-therapie Physiotherapeutische manuelle Techniken zur Verbesserung der Atmung und zur Unterstützung der Sekretolyse, wie z. B. autogene Drainage, Ausstreichungen, Packeingriffe. In Kooperation mit der Abteilung für Physiotherapie des EVKK.
MP06	Basale Stimulation In Kooperation mit der Abteilung für Ergotherapie des EVKK
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) In Kooperation mit der Abteilung für Ergotherapie des EVKK
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege Sicherstellung einer bedarfsgerechten, poststationären Versorgung: Es werden Leistungen zur Initiierung einer Rehabilitation und der ambulanten u. stationären Nachsorge erbracht.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie In Kooperation mit der Abteilung für Physiotherapie des EVKK
MP21	Kinästhetik In Kooperation mit der Abteilung für Physiotherapie des EVKK
MP24	Manuelle Lymphdrainage Manuelle Massagetechnik zur Förderung des Lymphabflusses bei Ödemen. In Kooperation mit der Abteilung für Physiotherapie des EVKK
MP25	Massage In Kooperation mit der Abteilung für Physiotherapie des EVKK
MP26	Medizinische Fußpflege Service am Krankenbett möglich. Ein externer Mitarbeiter steht nach Terminabsprache für die medizinische Fußpflege zur Verfügung. Diese Leistung ist kostenpflichtig.
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie Als physikalische Therapie bezeichnet man Behandlungsverfahren, bei denen physikalische Kräfte wie Wärme und Kälte therapeutisch eingesetzt werden. Massagen gehören ebenfalls zur physikalischen Therapie. In Kooperation mit der Abteilung für Physiotherapie des EVKK
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie Physiotherapie nutzt als natürliches Heilverfahren die passive, wie z. B. durch den Therapeuten geführte, und die aktive, selbstständig ausgeführte Bewegung des Menschen sowie den Einsatz physikalischer Maßnahmen zur Heilung und Vorbeugung von Erkrankungen. Abteilung für Physiotherapie des EVKK.
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse Die UniReha GmbH, das Zentrum für Prävention und Rehabilitation der Uniklinik Köln, bietet für alle Interessierten, auch die der Tochtergesellschaften, regelmäßig verschiedene Präventionskurse (Rücken, Yoga, etc.) sowie ein Präventionskonzept der Deutschen Rentenversicherung an.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit Ärzte-, und Patienteninformationsveranstaltungen in Zusammenarbeit mit dem EVKK



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021  
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie Therapie u. Rehabilitation auf Gebieten der Stimme, Stimmstörung u. -therapie, des Sprechens, Sprechstörung u. -therapie, der Sprache, Sprachstörung u. -therapie, des Schluckens, Schluckstörung u. -therapie sowie der Kommunikation u. des Hörens, (Praxis für Sprachtherapie Mareike Müller am EVKK)
MP45	Stomatherapie/-beratung
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen In Kooperation mit der Abteilung für Physiotherapie des EVKK.
MP51	Wundmanagement Therapie- und Versorgungskonzepte für Pat. mit akuten und chronischen Wunden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes verfügen über eine entsprechende Ausbildung (zertifizierte Wundexperten).
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen Kontaktdaten erhält man auf Wunsch auf den Stationen

## A-6

### Weitere nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

#### Patientenzimmer

Nr.	Serviceangebot
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle Alle Normalstationszimmer sind mit eigener Nasszelle ausgestattet, es stehen auch Einzelzimmer zur Verfügung (ggf. nach Verfügbarkeit). <a href="http://www.cardioclinc-koeln.de">www.cardioclinc-koeln.de</a>
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle Alle Normalstationszimmer sind mit einer eigenen Nasszelle ausgestattet. <a href="http://www.cardioclinc-koeln.de">www.cardioclinc-koeln.de</a>

#### Besondere Ausstattung des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) Kostenloses WLAN, kostenloses Kabelfernsehen im gesamten Krankenhausbereich, kostenloser Tresor im Zimmer für jeden Patienten, kostenpfl. Telefonfestnetz am Bett (0,15 EUR pro Minute, 0,50 EUR pro Tag (max), 0,15 EUR pro Minute ins deutsche Festnetz, 0 EUR bei eingehenden Anrufen) <a href="http://www.cardioclinc-koeln.de">www.cardioclinc-koeln.de</a>



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021  
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## Individuelle Hilfs- und Serviceangebote

Nr.	Serviceangebot
NM68	Abschiedsraum im EVKK <a href="http://www.cardioclinc-koeln.de">www.cardioclinc-koeln.de</a>
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen Vegetarische und vegane Speisen können als Speisen ohne tierische Zusätze angeboten werden. Muslimische und jüdische Kost kann nur im Sinne von Speisen ohne Schweinefleisch zubereitet werden. <a href="http://www.cardioclinc-koeln.de">www.cardioclinc-koeln.de</a>
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten in Kooperation mit dem EVKK <a href="http://www.cardioclinc-koeln.de">www.cardioclinc-koeln.de</a>
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung Angebot von evangelischer und katholischer Seelsorge 24/7 <a href="http://www.cardioclinc-koeln.de">www.cardioclinc-koeln.de</a>
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) bei medizinischer Notwendigkeit oder auf Wunsch des Patienten als Zusatzleistung <a href="http://www.cardioclinc-koeln.de">www.cardioclinc-koeln.de</a>



## **A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**

### **A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen**

Name	Anke Schuster
Position	Büroleiterin Verwaltung
Straße	Buchforststraße 2
PLZ / Ort	51103 Köln
Telefon	0221 / 985292 – 21
Telefax	0221 / 985292 – 99
E-Mail	<a href="mailto:schuster@cardioclinic-koeln.de">schuster@cardioclinic-koeln.de</a>

### **A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit**

#### **Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen**

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen Alle Zimmer sind mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche ausgestattet.
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen Der Zugang zu den meisten Serviceeinrichtungen ist rollstuhlgerecht gestaltet.
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) Die Bedienfelder der Aufzüge sind innen und außen rollstuhlgerecht gestaltet.
BF11	Besondere personelle Unterstützung Nach Rücksprache ist die Abholung am Eingang, die Zur-Verfügung-Stellung eines Rollstuhls mit Begleitung möglich. Die Begleitung durch eine Bezugsperson ist jederzeit möglich.
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen Klinikeigene Parkplätze des EVKK (ca. 100) für Besucherinnen und Besucher sowie Patientinnen und Patienten, davon 2 Behindertenplätze, sind vorhanden. Gebühr: 1 EUR pro Stunde, 10 EUR pro Tag. Das Krankenhaus ist barrierefrei mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar.
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen Am Service-/Anmeldeschalter des EVKK und auch der CardioClinic Köln ist eine Nutzung vom Rollstuhl aus und auch für Kleinwüchsige möglich, der Zugang ist ebenerdig.

#### **Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit**

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige Stockwerksanzeige und visuelle Anzeige für den Notruf „Hilfe kommt“



**Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung**

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) Alle Patientenbetten sind elektrisch verstellbar und für ein Körpergewicht bis 180 kg Körpergewicht geeignet, Bettverlängerungen sind vorhanden.
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße Die OP-Tische sind für ein Maximalgewicht von 160 kg KG zugelassen.
BF20	Untersuchungsgeräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße Körperwaage bis 200 kg KG mit abklappbaren Armlehnen vorhanden

**Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien**

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF24	Diätetische Angebote Spezielle Diäten können in Zusammenarbeit mit den Diätassistentinnen (EVKK) angeboten werden.

**Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung**

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal Türkisch, Russisch, Arabisch, Englisch, Italienisch, Kroatisch, Slowakisch sind bei Mitarbeitern verschiedener Arbeitsbereiche vorhanden.
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus Aufklärungsunterlagen in verschiedenen Sprachen stehen über das Krankenhausinformationssystem zur Verfügung.
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden Es befindet sich eine für alle zugängliche Kapelle im Eingangsbereich des Evangelischen Krankenhauses Kalk.



## **A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses**

### **A-8.1 Forschung und akademische Lehre**

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten Der Chefarzt der Herzchirurgie, Prof. Dr. Herbert O. Vetter hat eine apl. Professur an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke.
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) Famulaturen und Praktika werden angeboten
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten Gemeinsame interne Fortbildung für Ärztinnen u. Ärzte der Klinik f. Herzchirurgie der Uniklinik Köln/Herzzentrum, Übermittlung v. Daten z. multizentrischen Studie „RedCABAG“ gemeinsam mit Uniklinik Köln/Herzzentrum, Aufnahmeausschuss f. Bewerbungen an der Fak. f. Gesundheit der Univ. Witten/Herdecke
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher Beirat der Zeitschrift herzmedizin (Prof. Vetter), Beirat der Deutschen Herzstiftung e.V. (Prof. Vetter)
FL09	Doktorandenbetreuung Regelmäßige Betreuung von Doktoranden durch Prof. Vetter

### **A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen**

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) in Kooperation mit der Uniklinik Köln

## **A-9 Anzahl der Betten**

Im Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen sind 15 herzchirurgische Betten des Klinikums der Universität zu Köln für die Betriebsstelle CardioClinic Krankenhausbetriebsgesellschaft mbH ausgewiesen.

Bettenzahl	15
– davon Betten in Tageskliniken	–
Stichtag: 31.12.2021	

Es werden 6 Intensiv-, 3 IMC- und 6 Normalstationsbetten betrieben.

## **A-10 Gesamtfallzahlen**

Stationäre Fälle	294
Teilstationäre Fälle (Tagesklinik)	–
Ambulante Fälle (Kontakte)	–
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)	–



## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Ärztinnen und Ärzte			11,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,00	
	- indirekt	-	
Versorgungsbereich	- stationär	11,00	
	- ambulant	-	
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			10,27
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	10,27	
	- indirekt	-	
Versorgungsbereich	- stationär	10,27	
	- ambulant	-	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres		-	-

Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA)  
Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK  
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40,00 Stunden pro Woche

### Ärztinnen und Ärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Ärztinnen und Ärzte			0,1
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,1	
	- indirekt	-	
Versorgungsbereich	- stationär	0,1	
	- ambulant	-	
Transplantationsbeauftragter			
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			0,1
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,1	
	- indirekt	-	
Versorgungsbereich	- stationär	0,1	
	- ambulant	-	

Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA)  
Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK  
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40,00 Stunden pro Woche



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021  
 A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## A-11.2

### Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		25,82
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	21,07 4,75	Pflegepersonal der Normalstation des EVKK (4,00), Personalgestellung Funktionsdienst OP (0,75)
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	25,82 -	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		1,50
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,50 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,50 -	
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		0,75
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,75 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,75 -	

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK  
 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40,00 Stunden pro Woche

### Pflegepersonal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		-
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	- -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	- -	

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK  
 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40,00 Stunden pro Woche



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

Trifft nicht zu.

**A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal**

Nr.	Ausbildung/Beruf	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP59	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)		0,35
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 0,35 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 0,35 - ambulant –	
SP35	Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater		0,90
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 0,90 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 0,90 - ambulant –	
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement		1,90
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 1,90 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 1,90 - ambulant –	
SP27	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie		0,90
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 0,90 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 0,90 - ambulant –	
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter		0,20
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 0,20 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 0,20 - ambulant –	

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK



## **A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**

### **A-12.1 Qualitätsmanagement**

#### **A-12.1.1 Verantwortliche Person**

Name	Dr. med Barbara Limpers
Position	Ärztliche Direktorin, Chefärztin Anästhesie und Intensivmedizin
Straße	Buchforststraße 2
PLZ / Ort	51103 Köln
Telefon	0221 / 985292 – 21
Telefax	0221 / 985292 – 99
E-Mail	<a href="mailto:limpers@cardioclinic-koeln.de">limpers@cardioclinic-koeln.de</a>

#### **A-12.1.2 Lenkungsgremium**

Es ist kein Lenkungsgremium eingerichtet.



## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Dr. med Barbara Limpers
Position	Ärztliche Direktorin, Chefärztin Anästhesie und Intensivmedizin
Straße	Buchforststraße 2
PLZ / Ort	51103 Köln
Telefon	0221 / 985292 – 21
Telefax	0221 / 985292 – 99
E-Mail	<a href="mailto:limpers@cardioclinic-koeln.de">limpers@cardioclinic-koeln.de</a>

### A-12.2.2 Lenkungsgremium

Es ist kein Lenkungsgremium eingerichtet.

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Das Qualitätsmanagement der CardioClinic Köln orientiert sich an den Vorgaben der Universitätsklinik Köln.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Verfahrensanweisung Risikomanagement der Uniklinik Köln Letzte Aktualisierung: 09.05 2016
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Heart-Team-Konferenzen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteten Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021  
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

### **A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems**

Es wird kein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem eingesetzt.

### **A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen**

Die Uniklinik Köln stellt einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Tochtergesellschaften zur Verfügung. Es gibt dort ein Gremium, welches die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet, die Tagungsfrequenz ist bedarfsabhängig. In der CardioClinic Köln ist dank der geringen Größe der Klinik ein persönlicher Austausch mit den Verantwortlichen jederzeit gewährleistet.

Nr.	Fehlermeldesystem
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
EF06	CIRS NRW (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Es gibt kein Gremium in der CardioClinic Köln selbst, welches die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet.



### **A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte**

#### **Zentrale Krankenhaushygiene**

Das Hygieneteam der CardioClinic Köln steht in engem Kontakt mit der Zentralen Krankenhaushygiene der Uniklinik Köln. Die Position des Krankenhaushygienikers (Mitglied der Hygienekommission) der CardioClinic Köln wird aus dem ärztlichen Team der Zentralen Krankenhaushygiene der Uniklinik Köln besetzt.

In der CardioClinic Köln sind zwei hygienebeauftragte Ärztinnen (beide aus dem Team Anästhesie und Intensivmedizin), eine Hygienefachkraft und zwei hygienebeauftragte Pflegekräfte tätig. Eine der hygienebeauftragten Ärztinnen durchläuft zur Zeit die curriculäre Weiterbildung zur Krankenhaushygienikerin.

Die Vorgaben der Zentralen Krankenhaushygiene der Uniklinik Köln werden an die Gegebenheiten der CardioClinic Köln angepasst und sind nach Freigabe durch die Hygienekommission verbindlich. Der Hygieneplan der CardioClinic Köln steht allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in elektronischer Form zur Verfügung.

Begleitend zur Erstellung und kontinuierlichen Aktualisierung von Hygiene- und Desinfektionsplänen erfolgt die Fortbildung und Einweisung des Personals in die etablierten Standards durch das Hygienepersonal vor Ort.

Die Wasserqualität wird nach der Trinkwasserverordnung halbjährlich überprüft, es erfolgen regelmäßige Umgebungsuntersuchungen.

Infektionen, die im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt auftreten, sowie das Vorkommen von Infektionserregern mit besonders ausgeprägter Unempfindlichkeit gegenüber Antibiotika stellen die Krankenhäuser vor zunehmende Probleme, denen letztlich nur mit angemessenen krankenhaushygienischen Maßnahmen begegnet werden kann.

Die Auswertung und Aufzeichnungen von Nachweisen von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen aus den Untersuchungsmaterialien der Patientinnen und Patienten der CardioClinic Köln erfolgt über das MVZ Synlab Leverkusen.

Darüber hinaus wird in dem Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene (IMMIH) der Uniklinik in Zusammenarbeit mit der Krankenhaushygiene ein Ausbruchslabor betrieben, in dem mittels Ganz-Genomanalysen von Patienten- und Umgebungsisolaten zeitig Übertragungswege entdeckt werden können und Ausbrüche schnellstmöglich aufgeklärt und behoben werden können.

Ausgewählte im Krankenhaus erworbene (nosokomiale) Infektionen und das Vorkommen von Erregern mit besonderen Resistenzmerkmalen werden als Einzelanalyse fortlaufend erfasst und analog den Vorgaben des Nationalen Referenzzentrum zur Surveillance nosokomialer Infektionen in Berlin analysiert. Die geringe Größe der Klinik erlaubt eine sofortige Umsetzung von optimalen Vermeidungsstrategien.

Bei allen Patientinnen und Patienten, die stationär aufgenommen werden, erfolgt eine Untersuchung auf das Vorliegen von MRSA, eines gegen viele Antibiotika resistenten Bakteriums. Das Hygieneteam überwacht die Vollständigkeit der Überprüfung und analysiert die gewonnenen Daten. Allen betroffenen Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen wird ein Gesprächs- und Beratungsangebot unterbreitet.

Im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie werden weiterhin bei allen Patienten, die stationär aufgenommen werden ungeachtet des Impf- oder Genesenstatus PCR-Analysen auf SARS-CoV-2 am Aufnahmetag durchgeführt.



## Antimicrobial Stewardship (ABS)

Für die Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung in der Universitätsklinik Köln wurde bereits 2015 das multidisziplinäre Team zur Antibiotika Stewardship (ABS-Team) gebildet, das aus ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Infektiologie, der mikrobiologischen Diagnostik und klinisch-mikrobiologischen Beratung, der operativen Intensivmedizin, der Krankenhaushygiene und aus erfahrenen Fachapothekerinnen für klinische Pharmazie/Krankenhauspharmazie besteht.

Eine Mitarbeiterin der CardioClinic Köln betreut nach erfolgreichem Abschluss der Fortbildungen als ABS-Expertin die rationale Antibiotikatherapie in der CardioClinic Köln. Die CardioClinic Köln-interne Leitlinie zur Therapie mit Antibiotika wird regelmäßig überprüft und aktualisiert. Sie steht allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in elektronischer Form zur Verfügung.

### A-12.3.1

#### Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl
Krankenhaustygiener und Krankenhaustygienerinnen	1
Betreuung durch die Zentrale Krankenhaushygiene der Uniklinik Köln	
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	2
Jede Abteilung verfügt über mindestens eine/n hygienebeauftragte/n Arzt/Ärztin.	
Hygienefachkräfte	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	2

Alle Angaben nach Personen

#### Hygienekommission

Eine Hygienekommission ist eingerichtet.

Tagungsfrequenz: halbjährlich

#### Vorsitzende/Vorsitzender

Name	Dr. med Barbara Limpers
Position	Ärztliche Direktorin, Chefärztin Anästhesie und Intensivmedizin
Straße	Buchforststraße 2
PLZ / Ort	51103 Köln
Telefon	0221 / 985292 – 21
Telefax	0221 / 985292 – 99
E-Mail	<a href="mailto:limpers@cardioclinic-koeln.de">limpers@cardioclinic-koeln.de</a>



**A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene**

**A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen**

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt:	ja
1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor.	ja
Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	ja
b) Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	ja
c) Beachtung der Einwirkzeit	ja
d) Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:	
- sterile Handschuhe	ja
- steriler Kittel	ja
- Kopfhabe	ja
- Mund-Nasen-Schutz	ja
- steriles Abdecktuch	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.	ja
2. 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 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie**

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor.	ja
1. Der Standard thematisiert insbesondere:	
a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	ja
b) Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	ja
c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	ja
2. Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	ja
3. Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z. B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft.	ja



### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor.	ja
Der interne Standard thematisiert insbesondere:	
a) Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	ja
b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	ja
c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	ja
d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	ja
e) Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	ja
Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission ja oder die Hygienekommission autorisiert	ja

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:	ja
Wenn ja,	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	163,00 ml/ Patiententag
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:	ja
Wenn ja,	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	30,00 ml/ Patiententag
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen.	ja

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

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> )	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).	ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten.	ja



**A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement**

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	nein
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS OP-KISS
	<p>Eine Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) ist wegen der geringen Fallzahlen nicht möglich, es wird eine interne Auswertung (Einzelfallanalyse) mit Vergleich der KISS-Referenzdaten durchgeführt.</p> <p>KISS (Krankenh.-Infekt.-Surveillance-System):            CDAD = Clostr. diff. ass. Diarrhoe,            ITS = Intensivstation,            OP = postoperative Wundinfektionsraten,  <a href="http://www.nrz-hygiene.de">www.nrz-hygiene.de</a></p>	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	mre-netz regio rhein-ahr
	Qualitätssiegel 2020 – 2023 liegt vor.	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	durch ZSVA der Eduardus-Krankenhaus gGmbH
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	regelmäßige Schulungen zu aktuellen Themen durch die Hygienefachkraft, im Jahr 2021 besonders im Fokus: Händedesinfektion



**A-12.4**

**Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement**

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt zentral über Muttergesellschaft (Uniklinik Köln)	ja
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung). zentral über Muttergesellschaft (Uniklinik Köln)	ja
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden zentral über Muttergesellschaft (Universitätsklinik Köln) und vor Ort persönliche Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner	ja
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden zentral über Muttergesellschaft (Uniklinik Köln) und vor Ort persönliche Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, außerdem wird über zentrale Mailadresse jederzeit zeitnah reagiert	ja
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert zentral über Muttergesellschaft (Uniklinik Köln)	ja
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	ja
BM09	Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt. zentral über Muttergesellschaft (Uniklinik Köln) mit getrennter Betrachtung der CardioClinic Köln <a href="http://www.cardioclinc-koeln.de">www.cardioclinc-koeln.de</a>	ja



## **A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)**

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

(Hinweistext des G-BA)

### **A-12.5.1 Verantwortliches Gremium**

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Ein zentrales Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe tauscht sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit aus.	ja – Arzneimittelkommission

Die Arzneimittelkommission befasst sich regelmäßig mit dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit.

Die CardioClinic Köln bezieht die Arzneimittel aus der Krankenhausapotheke der Uniklinik Köln.

Die Vorgaben der Arzneimittelkommission der Uniklinik Köln sind für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der CardioClinic Köln verbindlich.

Da die Herzchirurgie in der Kommission bereits vertreten ist, ist kein Vertreter der CardioClinic Köln Kommissionsmitglied.

### **A-12.5.2 Verantwortliche Person**

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Wurde die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen?	nein

### **A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal**

Pharmazeutisches Personal	Anzahl der Personen
Apothekerinnen und Apotheker	0
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

### **A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen**

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

(Hinweistext des G-BA)



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021  
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### Allgemeines

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

### Aufnahme ins Krankenhaus

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)

### Medikationsprozess im Krankenhaus

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe, ifap klinikCenter, Gelbe Liste, Fachinfo-Service)
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln <ul style="list-style-type: none"><li>- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung</li><li>- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen</li><li>- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal</li></ul>
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln <ul style="list-style-type: none"><li>- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z. B. Meona, Rpdoc, AIDKlinik, ID Medics bzw. ID Diacos Pharma)</li><li>- Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z. B. Unit-Dose-System)</li></ul>
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern <ul style="list-style-type: none"><li>- Fallbesprechungen</li><li>- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung</li><li>- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)</li></ul>

### Entlassung

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung <ul style="list-style-type: none"><li>- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs</li><li>- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen</li><li>- Aushändigung des Medikationsplans</li><li>- Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten</li></ul>



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

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h <sup>1</sup>
AA01	Angiographiegerät/DAS in Kooperation mit dem EVKK – Kardiologie	Gerät zur Gefäßdarstellung	ja
AA08	Computertomograph (CT) Radiologie Köln Kalk, Praxisgemeinschaft	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	ja
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren bettseitige Verfahren incl. CiCa, Firma Fresenius, intermittierende Verfahren in Kooperation mit der Uniklinik Köln	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	ja
AA69	Linksherzkatheterlabor Kardiologie Köln, Praxisgemeinschaft mit HK-Labor am Evangelischen Krankenhaus Kalk	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	ja
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT) Radiologie Köln Kalk, Praxisgemeinschaft	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	ja
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren intraoperative Pulmonalvenenisolation	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	–

<sup>1</sup> = Notfallverfügbarkeit ist 24 Stunden am Tag sichergestellt. Die Vorgaben für diesen Bericht sehen nicht bei jedem Gerät die Angabe zur Notfallverfügbarkeit vor, daher kann bei keiner Angabe nicht darauf geschlossen werden, dass die Notfallverfügbarkeit nicht gegeben ist.



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

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

(Hinweistext des G-BA)

### **A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe**

Stufe der Notfallversorgung	
Basisnotfallversorgung (Stufe 1)	nein
Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)	nein
Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)	nein

Es besteht eine 24-Stunden-Bereitschaft für die herzchirurgische Notfallversorgung von Erwachsenen.

### **A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung**

Trifft nicht zu.

### **A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung**

Trifft nicht zu.

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

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



**CARDIOCLINIC KÖLN**  
Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021

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



## **B-1 Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin**



Prof. Dr. med. Herbert O. Vetter



Dr. med. Barbara Limpers

### **B-1.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten**

Name **Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin**  
Hausadresse Buchforststraße 2  
51103 Köln  
Internet [www.cardioclinc-koeln.de](http://www.cardioclinc-koeln.de)  
§-301-Schlüssel Herzchirurgie (2190)  
Hauptabteilung

Chefarzt  
Herzchirurgie **Prof. Dr. med. Herbert O. Vetter**  
Telefon 0221 / 985292 – 21  
Telefax 0221 / 985292 – 99  
E-Mail [vetter@cardioclinc-koeln.de](mailto:vetter@cardioclinc-koeln.de)

Chefärztin  
Anästhesie und  
Intensivmedizin **Dr. med. Barbara Limpers**  
Telefon 0221 / 985292 – 21  
Telefax 0221 / 985292 – 99  
E-Mail [limpers@cardioclinc-koeln.de](mailto:limpers@cardioclinc-koeln.de)



## **Kurzportrait**

Die CardioClinic Köln, Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie, ist ein Tochterunternehmen der Uniklinik Köln und steht in enger Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie des Herzzentrums der Universitätsklinik Köln. Angesiedelt am Evangelischen Krankenhaus Kalk, werden alle herzchirurgischen Eingriffe bei Erwachsenen ausschließlich der Transplantationschirurgie und der Implantation von Langzeit-Herzunterstützungssystemen durchgeführt. In einem speziell für die Herzchirurgie ausgestatteten Operationsaal werden von einem langjährig erfahrenen Team aus Herzchirurgen, Kardioanästhesisten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Funktionsdienste, Operationsassistenten, Anästhesiepflege und Kardiotechnik jährlich 350 bis 400 Eingriffe am Herzen durchgeführt.

Die durchgeführten Operationen umfassen vor allem die koronare Bypasschirurgie in konventioneller Weise unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine und auch die Bypasschirurgie am schlagenden Herzen ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine (OPCAB). Für die Gewinnung der Bypassgrafts werden die minimal-invasiven Methoden der endoskopisch videoassistierten Techniken zur Gewinnung der Arteria radialis und der Vena saphena magna routinemäßig angewandt. Bei der koronaren Bypassoperation steht die Verwendung von arteriellen Grafts im Vordergrund.

Ein besonderer Schwerpunkt der Klinik ist die Spezialisierung auf dem Gebiet der Mitralklappenrekonstruktion in minimal-invasiver Technik über einen kleinen Schnitt an der seitlichen Brustwand. Im Zusammenhang mit den Operationen an den Herzkranzgefäßen und der Rekonstruktion bzw. dem Ersatz von Herzklappen werden in Kombination alle Formen der epi- und endokardialen Ablationsmethoden zur Behandlung von Vorhofflimmern durchgeführt.

Die postoperative Versorgung der herzchirurgischen Patientinnen und Patienten erfolgt auf einer Intensivstation mit sechs Intensiv- und drei High-Care-Betten unter anästhesiologisch-intensivmedizinischer Leitung. Das Team besteht aus Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften, die in großer Anzahl über Zusatzqualifikationen in der Intensivmedizin und über langjährige Erfahrung in der Behandlung herzchirurgischer Patientinnen und Patienten verfügen. Es kommen bei Bedarf alle Verfahren der modernen Intensivmedizin zum Einsatz. Ein ebenso großes Augenmerk wird auch auf die persönliche und individuelle Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen gelegt.

Für das im Haus befindliche Herzkatheterlabor der Praxis Kardiologie Köln am Neumarkt besteht eine 24-Stunden-Bereitschaft und eine ebenso enge Kooperation mit der Klinik für Kardiologie des Evangelischen Krankenhauses Kalk.

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.



### **B-1.3 Medizinische Leistungsangebote**

#### **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie**

##### Allgemeinchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC67	Chirurgische Intensivmedizin
	Spezielle herzchirurgische Intensivmedizin

##### Herzchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC01	Koronarchirurgie
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskellabriss, Ventrikelruptur
VC03	Herzklappenchirurgie
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler bei Erwachsenen
VC05	Schrittmachereingriffe
VC08	Lungenembolektomie
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen
VC10	Eingriffe am Perikard

### **B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit**

Gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser vom 20. Februar 2020 sind Aspekte der Barrierefreiheit nur noch für den Krankenhausstandort gesamt anzugeben.

siehe Kapitel **A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**

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

Vollstationäre Fallzahl	294
Teilstationäre Fallzahl	–
Anzahl Betten	15

### **B-1.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I21	Akuter Herzinfarkt	71
2	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris	69
3	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	65
4	I34	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	35



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021  
B-1 Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
5	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	21
6	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	8
7	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	6
8	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	4
9	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	< 4
10	C61	Prostatakrebs	< 4
13	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel – Lungenembolie	< 4
12	I31	Sonstige Krankheit des Herzbeutels (Perikard)	< 4
13	I33	Akute oder weniger heftig verlaufende (subakute) Entzündung der Herzklappen	< 4
14	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	< 4
15	I51	Komplikationen einer Herzkrankheit bzw. ungenau beschriebene Herzkrankheit	< 4
16	J12	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren	< 4
17	Q23	Angeborene Fehlbildung der linken Vorhof- bzw. Kammerklappe (Aorten- bzw. Mitralklappe)	< 4
18	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	< 4
19	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	< 4

## B-1.7

### Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-361	Operatives Anlegen eines Umgehungsgefäßes (Bypass) bei verengten Herzkranzgefäßen	355
2	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	245
3	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus – TEE	126
4	5-38b	Entnahme von Blutgefäßen zur Verpflanzung (Transplantation) im Rahmen einer Spiegelung	96
5	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	53
6	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	48
7	8-641	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen von außen angebrachten Herzschrittmacher	43
8	5-351	Ersatz von Herzklappen durch eine künstliche Herzklappe	42
9	5-379	Sonstige Operation an Herz bzw. Herzbeutel (Perikard)	37
10	5-353	Operation zur Funktionsverbesserung undichter Herzklappen – Valvuloplastik	35
11	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	35



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021  
B-1 Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
12	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	32
13	9-984	Pflegebedürftigkeit	30
14	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen – Defibrillation	23
15	8-851	Operation mit Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine	22
16	5-354	Sonstige Operation an Herzklappen	21
17	5-371	Operative Beseitigung oder Durchtrennung des erregungsleitenden Gewebes im Herzen bei schnellem und unregelmäßigem Herzschlag	21
18	5-341	Operativer Einschnitt in das Mittelfell (Mediastinum)	20
19	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	20
20	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	19
21	5-986	Operation mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	17
22	6-004	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 4 des Prozedurenkatalogs	17
23	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	16
24	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	15
25	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle – Dialyse	15
26	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	14
27	5-349	Sonstige Operation am Brustkorb	9
28	8-839	Sonstige Behandlungen am Herzen bzw. den Blutgefäßen über einen Schlauch (Katheter)	9
29	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	7
30	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	7

### **B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Es bestehen keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

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

Diese Fachabteilung führt keine ambulanten Operationen nach § 115b SGB V durch.

### **B-1.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft**

Diese Fachabteilung hat keine Zulassung zum Durchgangs-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft.



## B-1.11 Personelle Ausstattung

### B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte		10,90	26,97
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	10,90 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	10,90 -	
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		10,17	28,91
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	10,17 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	10,17 -	

Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA)  
Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK  
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40,00 Stunden pro Woche

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ01	Anästhesiologie 8 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ärzteteams verfügen über die Facharztqualifikation "Anästhesiologie"
AQ08	Herzchirurgie 5 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ärzteteams verfügen über die Facharztqualifikation "Herzchirurgie"
AQ23	Innere Medizin
AQ12	Thoraxchirurgie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin 7 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ärzteteams verfügen über die Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin"
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin

### Weiterbildungsermächtigungen

Herzchirurgie (4 Jahre)  
Anästhesiologie (18 Monate)  
Zusatzweiterbildung Intensivmedizin (1 Jahr)  
Ärztliches Assistenzpersonal



### Ärztliches Assistenzpersonal

Seit dem Jahr 2012 beschäftigen wir ärztliches Assistenzpersonal:  
PA (Physician Assistance)

Es stehen dafür 2 Vollzeitstellen zur Verfügung.

### B-1.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		25,82	11,39
Beschäftigungsverhältnis				
- direkt		21,07		
- indirekt		4,75		
Versorgungsbereich				
- stationär		25,82		
- ambulant		-		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		1,50	196,00
Beschäftigungsverhältnis				
- direkt		1,50		
- indirekt		-		
Versorgungsbereich				
- stationär		1,50		
- ambulant		-		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		0,75	392,00
Beschäftigungsverhältnis				
- direkt		0,75		
- indirekt		-		
Versorgungsbereich				
- stationär		0,75		
- ambulant		-		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK  
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40,00 Stunden pro Woche

### Pflegerische Fachexpertisen – Anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
	Circa 50 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Intensivstation verfügen über die Fachweiterbildung „Anästhesie und Intensivpflege“
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

### Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP16	Wundmanagement



# CARDIOCLINIC KÖLN

Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021  
B-1 Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin

## **Fachweiterbildung**

In Kooperation mit der Uniklinik Köln und dem Evangelischen Krankenhaus Kalk besteht die Möglichkeit, verschiedene Weiterbildungskurse zu absolvieren:

- Fachweiterbildung "Anästhesie- und Intensivpflege"
- „Operationstechnische Assistenz“
- „Praxisanleitung“
- „Stationsleitung“ in Zusammenarbeit mit der Caritas-Akademie Köln Hohenlind

## **Kardiotechnik**

Die CardioCliniC Köln beschäftigt über den Dienstleister Life Systems langjährig erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kardiotechnik für den Einsatz der Herz-Lungen-Maschine. Es stehen dafür 2 Vollzeitstellen zur Verfügung.



**CARDIOCLINIC KÖLN**  
Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021

C Qualitätssicherung

## **C**      **Qualitätssicherung**



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

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

#### **Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)**

Für das Berichtsjahr 2021 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2021 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.

Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

#### **Hinweis zur Darstellung nach Krankenhaus und nach Standorten**

Aufgrund der formalen Vorgaben für das neu eingeführte Standortregister gilt die Universitätsklinik Köln seit 2020 als ein Krankenhaus mit zwei Standorten:

- Universitätsklinik Köln
- CardioCliniC Köln

Aufgrund der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) kann die Soll-Fallzahl nur für das gesamte Krankenhaus dargestellt und somit die Dokumentationsrate nur krankenhausbezogen berechnet werden. Dagegen erfolgt die Angabe der Ist-Fallzahl standortbezogen.

Die folgende Tabelle stellt die Soll-Fallzahl und die Dokumentationsrate (Dok.-Rate) für das gesamte Krankenhaus Universitätsklinik Köln (mit CardioCliniC Köln) dar. Für die Ist-Anzahl Datensätze werden nur die für den Standort CardioCliniC Köln (ohne Universitätsklinik Köln) ausgewerteten Datensätze (ohne Minimaldatensätze) berücksichtigt.

Modul	Leistungsbereich	Soll-Fallzahl (Krhs.)	Dok.-Rate (Krhs.)	Ist-Anzahl Datens. (Standort)
09/1	Herzschrittmacher-Implantation	308	100,00 %	4
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	42	100,00 %	0
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	49	100,00 %	1
09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	78	100,00 %	0
09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	21	100,00 %	0
09/6	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	44	100,00 %	0
10/2	Karotis-Revaskularisation	187	100,00 %	0
15/1	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	430	100,00 %	0
16/1	Geburtshilfe	2.425	100,45 %	0
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	13	100,00 %	0
18/1	Mammachirurgie	305	100,00 %	0
DEK	Dekubitusprophylaxe	616	100,00 %	14



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021

C Qualitätssicherung

Modul	Leistungsbereich	Soll-Fallzahl (Krhs.)	Dok.-Rate (Krhs.)	Ist-Anzahl Datens. (Standort)
HCH	Herzchirurgie	1.510	100,93 %	208
– HCH_AK_CHIR	Offen-chirurgische Aortenklappeneingriffe	218	100,92 %	18
– HCH_AK_KATH	Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe	464	101,08 %	0
– KCH_KC	Koronarchirurgische Operationen	698	100,86 %	179
HEP	Hüftendoprothesenversorgung	104	100,96 %	0
– HEP IMP	– Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation	77	100,00 %	0
– HEP WE	– Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	28	103,57 %	0
HTXM	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	7	100,00 %	0
– HTXM-MKU	– Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	6	100,00 %	0
– HTXM-TX	– Zählleistungsbereich Herztransplantation	< 4	(3)	0
KEP	Knieendoprothesenversorgung	128	100,00 %	0
– KEP IMP	– Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation	103	100,97 %	0
– KEP WE	– Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	25	100,00 %	0
LLS	Leberlebendspende	0	(2)	–
LTX	Lebertransplantation	8	100,00 %	0
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	0	(2)	–
NEO	Neonatologie	1.225	100,90 %	0
NLS	Nierenlebendspende	49	100,00 %	0
PCI_LKG	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (4)	1.752	99,54 %	4
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	241	100,00 %	0
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	96	100,00 %	0
NTX	Nierentransplantation	(1)	(1)	(1)

Die Sortierung richtet sich nach den Modulschlüsseln.

(1) = Für den Leistungsbereich der Nieren-, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur jeweils die Gesamtfallzahl und die Gesamtdokumentationsrate berechnet. Eine Differenzierung nach Modulen soll hier laut Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nicht vorgenommen werden.

(2) = In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

(3) = Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Dokumentationsrate nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen.

(4) = Beim Leistungsbereich Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI) steht LKG für Landeskrankenhausgesellschaft und beschreibt den Datenweg, da dieser für die Datenerfassung aus dem ambulanten Bereich ein anderer ist (PCI\_KV).



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

### **Erläuterung zum Verfahren der externen Qualitätssicherung nach § 136 SGB V**

Die Krankenhäuser in Deutschland sind zur externen Qualitätssicherung verpflichtet. Die Dokumentationspflicht für einen stationären Fall wird anhand eines Regelwerks (QS-Filter) durch die für die Abrechnung erfassten Schlüsselnummern zu Diagnosen und Prozeduren (ICD- und OPS-Codes) bestimmt.

Die Daten zur Qualitätssicherung werden an eine zentrale Datenannahmestelle zur Auswertung gesandt. Das Verfahren ist zum überwiegenden Teil auf Landesebene organisiert, nur einige Leistungsbereiche (Herzchirurgie und Transplantationen) werden direkt auf Bundesebene beim Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) geführt.

Das IQTIG berechnet nach Abschluss der Datenannahme für ein Verfahrensjahr die Kennzahlen für das einzelne Krankenhaus und legt Referenzbereiche (Zielwerte) fest. Kennzahlen mit Referenzbereich werden Qualitätsindikator genannt.

Liegt für ein Krankenhaus das Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs, wird eine rechnerische Auffälligkeit festgestellt und ein Stellungnahmeverfahren eröffnet. Im Rahmen der früher geltenden Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL, bis 2020) wurde das Stellungnahmeverfahren Strukturierter Dialog genannt.

Nach Beratung über die Stellungnahme wird eine Bewertung ausgesprochen, ob die rechnerische Auffälligkeit ein Hinweis auf einen qualitativen Mangel ist.

Das Verfahren war ursprünglich dazu gedacht rechnerische Auffälligkeiten im ärztlich-kollegialen Kreis zu besprechen. Viele Qualitätsindikatoren stammen noch aus der Zeit vor 2010 und wurden nicht für eine öffentliche Darstellung entwickelt.

Aus den Anfängen rührt auch die Bezeichnung einiger Module (Fragebogen mit Auswertungsregeln) her, die gleichlautend zu den Fallpauschalen der 90er Jahre ist. Als zentrale Stelle wurde damals die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) gegründet, weshalb das Verfahren oft noch als „BQS-Verfahren“ bezeichnet wird.

Mit dem Anspruch einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die sowohl den ambulanten Sektor der niedergelassenen Haus- und Fachärzte, als auch den stationären Sektor der Versorgung im Krankenhaus umfasst, werden die Verfahren zur Qualitätssicherung in der neuen Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) geführt. Mit dem Richtlinienwechsel sind formal andere Zuständigkeiten verbunden.

### **Weiterführende Informationen**

- G-BA – Der Gemeinsame Bundesausschuss  
Wegelystr. 8, 10623 Berlin  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)
- IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen  
Katharina-Heinroth-Ufer 1, 10787 Berlin  
[iqtig.org](http://iqtig.org)
- LAG DeQS NRW – Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft DeQS NRW  
bei der Ärztekammer Nordrhein  
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf  
[www.lag-nrw.de](http://www.lag-nrw.de)



## Erläuterungen zur Darstellung der Ergebnisse von Qualitätsindikatoren

Das Ergebnis wird entweder als Quotient aus Zähler und Nenner berechnet und als Prozentwert dargestellt oder risikoadjustiert mittels logistischer Regression bestimmt.

### Zähler / Nenner = Ergebnis

Die meisten Kennzahlen sind Quotienten.

Zähler = Anzahl der Fälle mit einem bestimmten Merkmal

Nenner = Anzahl der Fälle, die auf das bestimmte Merkmal geprüft werden

### O / E = Risikoadjustiertes Ergebnis (Observed / Expected)

Bei der logistischen Regression wird jährlich anhand des bundesweiten Datenpools ermittelt, welchen Anteil ausgewählte Risikofaktoren (z. B. Alter) beim bundesweiten Gesamtergebnis haben.

#### Beispiel für eine Risikoadjustierung (stark vereinfachend)

Indikator Komplikationen – Risikofaktor Alter

##### Beispielkrankenhaus A

<b>100</b> Patienten	
<b>10</b> Patienten über 75 Jahre	10,0 %
<b>2</b> Patienten mit Komplikation	2,0 %

##### Beispielkrankenhaus B

<b>100</b> Patienten	
<b>30</b> Patienten über 75 Jahre	30,0 %
<b>3</b> Patienten mit Komplikation	3,0 %

##### Datenpool (A + B)

<b>200</b> Patienten	
<b>40</b> Patienten über 75 Jahre	20,0 %
<b>5</b> Patienten mit Komplikation	2,5 %

##### Risikofaktor (Alter)

$$\begin{aligned} 5 \text{ Patienten mit Komplikation} &= \text{Risikofaktor} \times 20,0 \% \text{ Patienten über 75 Jahre} \times 200 \text{ Fälle} \\ \text{Risikofaktor} &= 5 / (20,0 \% \times 200) = 0,125 \end{aligned}$$

Für ein einzelnes Krankenhaus kann dann anhand des tatsächlichen Anteils dieser Risikofaktoren bestimmt werden, welches Ergebnis zu erwarten ist (E = Expected) und welches Ergebnis tatsächlich berechnet bzw. beobachtet wird (O = Observed), und wie das Verhältnis ist (O / E). So sollen Krankenhäuser vergleichbar werden, deren Fälle z. B. eine unterschiedliche Altersstruktur haben.

##### Beispielkrankenhaus A

$$\begin{aligned} \text{Observed } O &= 2 \text{ Patienten mit Komplikation} \\ \text{Expected } E &= 0,125 \times 10,0 \% \text{ Pat. über 75 Jahre} \times 100 \text{ Patienten} = 1,25 \text{ Patienten mit Komplikation} \\ O / E &= 2 / 1,25 = 1,6 \text{ (schlechter als erwartet)} \end{aligned}$$

##### Beispielkrankenhaus B

$$\begin{aligned} \text{Observed } O &= 3 \text{ Patienten mit Komplikation} \\ \text{Expected } E &= 0,125 \times 30,0 \% \text{ Pat. über 75 Jahre} \times 100 \text{ Patienten} = 3,75 \text{ Patienten mit Komplikation} \\ O / E &= 3 / 3,75 = 0,8 \text{ (besser als erwartet)} \end{aligned}$$

Ein Wert für O / E unter 1 bedeutet, dass weniger Fälle mit dem Merkmal aufgetreten sind, als zu erwarten wäre. Ein Wert über 1 bedeutet, dass mehr Fälle aufgetreten sind.

<b>O / E &lt; 1,00</b>	besser als erwartet
<b>O / E = 1,00</b>	erwartungskonform
<b>O / E &gt; 1,00</b>	schlechter als erwartet

(unter der Annahme, dass „weniger“ besser ist)

Das Verfahren ist stark abhängig von der Auswahl der Risikofaktoren aus den erfassten Daten und natürlich auch davon, welche Daten im Datenpool sind.

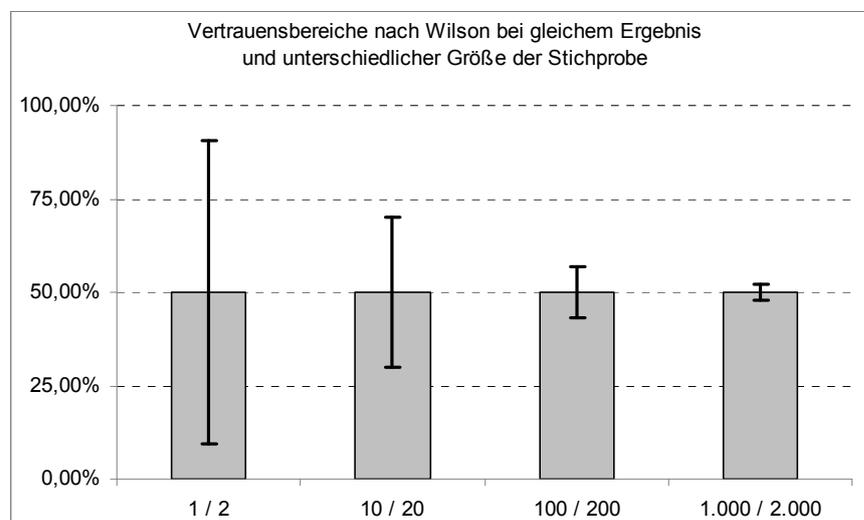


## Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Bereich an, in dem das „wahre“ Ergebnis - unter Berücksichtigung des Messfehlers - mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % liegt.

Dieser Bereich hängt entscheidend von der Anzahl der untersuchten Fälle ab. Je größer diese Anzahl ist, desto kleiner wird der Bereich, in dem das „wahre“ Ergebnis vom Messwert abweichen kann.

1 / 2	= 50,00 %	-> Vertrauensbereich:	9,45 % – 90,55 %
10 / 20	= 50,00 %	-> Vertrauensbereich:	29,93 % – 70,07 %
100 / 200	= 50,00 %	-> Vertrauensbereich:	43,14 % – 56,86 %
1000 / 2000	= 50,00 %	-> Vertrauensbereich:	47,81 % – 52,19 %



## Referenzbereich (bundesweit)

Liegt das Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs, ist es rechnerisch auffällig und es wird ein Stellungnahmeverfahren eröffnet.

Beim Referenzbereich „Sentinel Event“ führt bereits ein Fall mit dem gesuchten Merkmal zu einem Stellungnahmeverfahren.

## Datenschutz

Für Zähler, Nenner, Ergebnis und Vertrauensbereich dürfen laut Gemeinsamen Bundesausschuss aus Datenschutzgründen keine Angaben gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner kleiner als vier (< 4) ist.

## Fachlicher Hinweis des IQTIG

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat die Kennzahlen und Indikatoren im Verfahren der externen Qualitätssicherung nach SGB V im Mai 2021 im Hinblick auf die Veröffentlichungspflicht im Strukturierten Qualitätsbericht nach Kategorien bewertet und für 239 Kennzahlen bzw. Indikatoren die krankenhausbegleitende Veröffentlichung der Ergebnisse empfohlen.

## Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (PlanQI-Verfahren)

Mit „PQ“ gekennzeichnete Indikatoren sollen von den Ländern bei der Krankenhausplanung berücksichtigt werden. Zur Zeit betreffen diese PlanQI die Bereiche Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien), Geburtshilfe und Mammachirurgie.



### Bewertung durch Stellungnahmeverfahren

Nach Beratung über die Stellungnahme des Krankenhauses wird über eine Einstufung in eine Kategorie eine Bewertung des Ergebniswerts durch die jeweilige Fach- bzw. Arbeitsgruppe vorgenommen.

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Verfahren	Begründung
<b>N</b>	Bewertung nicht vorgesehen	<b>01</b>	QSKH, DeQS	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		<b>02</b>	QSKH, DeQS	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		<b>99</b>	QSKH, DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
<b>R</b>	Ergebnis liegt im Referenzbereich	<b>10</b>	QSKH, DeQS	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich
<b>H</b>	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	<b>20</b>	QSKH	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		<b>99</b>	QSKH, DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
<b>U</b>	Bewertung nach Strukturiertem Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig	<b>31</b>	QSKH	Besondere klinische Situation
		<b>32</b>	QSKH	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		<b>33</b>	QSKH	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		<b>34</b>	Plan-QI	zureichend
		<b>61</b>	DeQS	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)
		<b>62</b>	DeQS	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		<b>63</b>	DeQS	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		<b>99</b>	QSKH, DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
<b>A</b>	Bewertung nach Strukturiertem Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	<b>41</b>	QSKH	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
		<b>42</b>	QSKH	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		<b>43</b>	Plan-QI	unzureichend
		<b>71</b>	DeQS	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
		<b>72</b>	DeQS	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		<b>99</b>	QSKH, DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
<b>D</b>	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	<b>50</b>	QSKH	Unvollständige oder falsche Dokumentation
		<b>51</b>	QSKH	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		<b>80</b>	DeQS	Unvollständige oder falsche Dokumentation
		<b>81</b>	DeQS	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		<b>99</b>	QSKH, DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021

C Qualitätssicherung

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Verfahren	Begründung
<b>S</b>	Sonstiges	<b>90</b>	QSKH	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		<b>91</b>	QSKH	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		<b>92</b>	DeQS	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
		<b>99</b>	QSKH, DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

QSKH = Qualitätssicherung im Krankenhaus

DeQS = Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung

Plan-QI = Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)

### Beispiel

Kategorie U = Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ unauffällig

Einstufung 31 = Besondere klinische Situation

Bewertung U31 = Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ unauffällig –  
Besondere klinische Situation

### Entwicklung zum Vorjahr – rechnerische Tendenz

Die Darstellung der rechnerischen Entwicklung zum Vorjahr ist verpflichtend und wird mit einer folgenden Angaben dargestellt:

- ↗ verbessert
- ↘ verschlechtert
- unverändert
- ◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021  
C Qualitätssicherung

**Vergleich zum Vorjahr – qualitative Tendenz**

Beim ebenfalls verpflichtenden qualitativen Vergleich der Bewertungskategorien im Strukturierten Dialog ergibt sich die Darstellung anhand der folgenden Matrix.

Kategorie im Berichtsjahr	N	R	H	U	A	D	S
<b>Kategorie im Berichtsjahr</b>	Bewertung nicht vorgesehen	Ergebnis liegt im Referenzbereich	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	Bewertung nach Strukturiert. Dialog als qualitativ unauffällig	Bewertung nach Strukturiert. Dialog als qualitativ auffällig	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	Sonstiges
<b>Kategorie im Vorjahr</b>							
<b>N</b> Bewertung nicht vorgesehen	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>R</b> Ergebnis liegt im Referenzbereich	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	→ unverändert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	→ unverändert	↘ verschlechtert	↘ verschlechtert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>H</b> Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>U</b> Bewertung nach Strukt. Dialog als qualitativ unauffällig	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	→ unverändert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	→ unverändert	↘ verschlechtert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>A</b> Bewertung nach Strukt. Dialog als qualitativ auffällig	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	↗ verbessert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	↗ verbessert	→ unverändert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>D</b> Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	↗ verbessert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	→ unverändert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>S</b> Sonstiges	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar



**C-1.2.A**

**Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren**

Gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der „Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Beschluss eines Anhangs 3 (Qualitätsindikatoren und Kennzahlen) zu Anlage 1 für das Berichtsjahr 2021“ vom 16.06.2022 werden die Ergebnisse auf den folgenden Seiten dargestellt.

Zur bisher gewohnten Orientierung werden bei den ab Berichtsjahr 2021 erstmalig im Rahmen der DeQS-Richtlinie geführten Indikatoren die bisherigen Modulbezeichner aus dem QSKH-Verfahren beibehalten und mit den neuen Verfahrensschlüsseln im DeQS-Verfahren im Klammern ergänzt.

Modul (QSKH)	Bezeichnung	Verfahrensschlüssel (DeQS)	neu in DeQS
09/1	Herzschrittmacher-Implantation	HSMDEF-HSM-IMPL	2021
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	HSMDEF-HSM-AGGW	2021
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	HSMDEF-HSM-REV	2021
DEK	Dekubitusprophylaxe	DEK	2021
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	KCHK-AK-CHIR	2020
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	KCHK-AK-KATH	2020
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	KCHK-KC	2020
PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	PCI	2017



## 09/1 – Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 01 Leitlinienkonforme Indikation

ID 101803 Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war  
QI\* nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 4	100,00 %	51,01 – 100,00 %	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	96,40 %	96,26 – 96,54 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

### R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignol et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.

• Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Eu ropean Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/ehf150.

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## 09/1 – Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 02 Leitlinienkonforme Systemwahl

ID 54140 Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter  
QI\* wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz <sup>(x)</sup>	– %	–	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	99,54 %	99,49 – 99,59 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

### H99 Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen

Sonstiges  
rechnerisch\_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der  
Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten

◆  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021

C Qualitätssicherung

## Fachlicher Hinweis des IQTIG

• Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364.

• McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumhauer, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368.

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

<sup>(x)</sup> = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



## 09/1 – Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 03 Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

ID 52139 Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)  
QI\*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz <sup>(x)</sup>	– %	–	>= 60,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	88,41 %	88,20 – 88,62 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

### H99 Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen

Sonstiges  
rechnerisch\_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der  
Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten

◆  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021  
C Qualitätssicherung

---

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

---

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geurts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

---

- \* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA
- <sup>(x)</sup> = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



## 09/1 – Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 04 Dosis-Flächen-Produkt

ID 101800 Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte  
QI\* Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle  
Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>&lt; 4</b>	<b>7,77 O / E</b>	2,33 – 13,21	<= 3,36 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz <sup>(x)</sup>				
Bundesergebnis	0,87	0,85 – 0,90		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

### H99 Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen

Sonstiges  
rechnerisch\_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der  
Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten

◆  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021  
C Qualitätssicherung

---

Fachlicher Hinweis des IQTIG

---

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

---

- \* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA
- <sup>(x)</sup> = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



## 09/1 – Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

**05 Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen**

ID 52305

QI\* Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	---	-------------------------

<b>14 / 18</b>	<b>77,78 %</b>	54,79 – 91,00 %	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
----------------	----------------	-----------------	------------	---

Bundesergebnis	95,38 %	95,30 – 95,46 %
----------------	---------	-----------------

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

**A72 Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig**

Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt

◆  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

Kommentar der CardioCliniC (Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin)

Bei allen Patienten handelt es sich um frisch postoperative Patienten, die sich einer Herzklappenoperation unterzogen haben. Bei diesen Patienten war es bedingt durch myokardiales Narbengewebe, sowie zum Teil ausgedünntes Myokard oder aber auch stark hypertrophiertes Myokard erschwert, optimale ventrikuläre Reizschwellen oder auch Sensing-Werte zu erzielen.

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

→



---

## Fachlicher Hinweis des IQTIG

---

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

---

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## 09/1 – Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

**06 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)**

ID 101801

QI\* Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	--	----------------------------

<b>0 / 4</b>	<b>0,00 %</b>	0,00 – 48,99 %	<= 2,60 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
--------------	---------------	----------------	-----------	---

Bundesergebnis	0,96 %	0,89 – 1,04 %
----------------	--------	---------------

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungsverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

**R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungsverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungsverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## 09/1 – Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 07 Sondendislokation oder -dysfunktion

ID 52311 Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden)  
QI\* des Herzschrittmachers

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 4	0,00 %	0,00 – 48,99 %	<= 3,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,42 %	1,34 – 1,51 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

### R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der  
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## 09/1 – Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

**08 Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden**

ID 101802

TKez\* Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>&lt; 4</b>	<b>– %</b>	–	Nicht definiert	<b>–</b>
Datenschutz <sup>(x)</sup>				
Bundesergebnis	53,31 %	52,95 – 53,67 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	–	–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)		

### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

\* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

<sup>(x)</sup> = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



## 09/1 – Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 09 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 51191 Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts  
 QI\* verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>0 / 0,03</b> Fallzahl: 4	<b>0,00 O / E</b>	0,00 – 69,55	<= 3,98 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,96	0,90 – 1,02		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

### R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der  
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## 09/2 – Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (HSMDEF-HSM-AGGW)

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

<b>01</b>	<b>Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden</b>
ID 52307	
QI*	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>&lt; 4</b>	<b>- %</b>	-	<b>&gt;= 95,00 %</b>	
Datenschutz <sup>(x)</sup>				eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	98,64 %	98,54 – 98,72 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

<b>R10</b>	<b>Ergebnis liegt im Referenzbereich</b>	
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	eingeschränkt/ nicht vergleichbar

### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021

C Qualitätssicherung

## Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

<sup>(x)</sup> = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



## 09/3 – Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/- Explantation (HSMDEF-HSM-REV)

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 01 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)

ID 121800

QI\* Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz <sup>(x)</sup>	– %	–	<= 3,10 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,75 %	0,60 – 0,95 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

### R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

<sup>(x)</sup> = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



## 09/3 – Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/- Explantation (HSMDEF-HSM-REV)

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

**02 Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu  
implantierter Sonden**

ID 52315

QI\* Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>&lt; 4</b>	<b>– %</b>	–	≤ 3,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz <sup>(x)</sup>				
Bundesergebnis	0,91 %	0,70 – 1,17 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	--------------------------

**R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

<sup>(x)</sup> = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



## 09/3 – Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/- Explantation (HSMDEF-HSM-REV)

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 03 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 51404 Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts  
QI\* verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen  
und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>&lt; 4</b> Datenschutz <sup>(x)</sup>	<b>0,00 O / E</b>	0,00 – 81,55	<= 5,04 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,19	1,03 – 1,36		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	--------------------------

### R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021  
C Qualitätssicherung

---

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

---

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

---

- \* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA
- <sup>(x)</sup> = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



## DEK – Dekubitusprophylaxe (DEK)

Verbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

**01 Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)**

ID 52009

QI\*

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>10 / 3,72</b> Fallzahl: 300	<b>2,69 O / E</b>	1,47 – 4,86	<= 2,28 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,05	1,04 – 1,06		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

**H99 Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen**

Sonstiges

rechnerisch\_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten

◆  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021  
C Qualitätssicherung

---

Fachlicher Hinweis des IQTIG

---

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

---

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der  
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## DEK – Dekubitusprophylaxe (DEK)

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 02 Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2

ID 52326 Patientinnen und Patienten, bei denen während des  
TKez\* Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür  
(Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer  
Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut  
und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten  
Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>9 / 300</b>	<b>3,00 %</b>	1,59 – 5,60 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 0,34 % 0,33 – 0,34 %

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	--------------------------

— — —  
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

\* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der  
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## DEK – Dekubitusprophylaxe (DEK)

Verbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 03 Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3

ID 521801 Patientinnen und Patienten, bei denen während des  
TKez\* Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür  
(Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem  
Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis  
zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist  
(Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	--	----------------------------

<b>&lt; 4</b>	<b>– %</b>	–	Nicht definiert	<b>–</b>
Datenschutz <sup>(x)</sup>				

Bundesergebnis	0,06 %	0,06 – 0,06 %		
----------------	--------	---------------	--	--

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	--------------------------

–	–	–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)		

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

\* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der  
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

<sup>(x)</sup> = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



## DEK – Dekubitusprophylaxe (DEK)

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

**04 Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet**

ID 521800

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

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>0 / 300</b>	<b>0,00 %</b>	0,00 – 1,26 %	Nicht definiert	–

Bundesergebnis 0,01 % 0,00 – 0,01 %

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

– – –  
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)

### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus so wohl nach der WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“. Eine vermutete tiefe Gewebeschädigung kann daher als Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet dokumentiert worden sein.

\* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## DEK – Dekubitusprophylaxe (DEK)

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 05 Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4

ID 52010 Patientinnen und Patienten, bei denen während des  
QI\* Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür  
(Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln,  
Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen  
oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge  
(Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 300	0,00 %	0,00 – 1,26 %	Sentinel Event <sup>(y)</sup>	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,00 %	0,00 – 0,00 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

### R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der  
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

<sup>(y)</sup> = Beim Referenzbereich „Sentinel Event“ führt bereits ein Fall mit dem gesuchten Merkmal zu einem Strukturierter Dialog.



## KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe

Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 01 Intraprozedurale Komplikationen

ID 382000 Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der  
QI\* Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>0 / 8</b>	<b>0,00 %</b>	0,00 – 32,44 %	<= 2,70 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 0,77 % 0,58 – 1,03 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	--------------------------

### R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe

Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 02 Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation

ID 382009

QI\* Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	---	-------------------------

<b>0 / 7</b>	<b>0,00 %</b>	0,00 – 35,43 %	<= 2,23 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
--------------	---------------	----------------	------------------------------	---

Bundesergebnis 0,58 % 0,41 – 0,82 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

### R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe

Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

**03 Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation**  
ID 382005

TKez\* Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>0 / 8</b>	<b>0,00 %</b>	0,00 – 32,44 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 2,39 % 2,03 – 2,81 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stimmnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	-----------------------

— — —

(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)

### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

\* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe

Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 04 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 382006 Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts  
QI\* verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>0 / 0,10</b> Fallzahl: 8	<b>0,00 O / E</b>	0,00 – 24,97	<= 2,85 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,01	0,88 – 1,16		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	--------------------------

### R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 01 Intraprozedurale Komplikationen

ID 372000 Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten  
QI\*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	---	-------------------------

<b>keine Fälle</b>	–	–	<= 3,78 % (95. Perzentil)	–
--------------------	---	---	------------------------------	---

Bundesergebnis	1,67 %	1,51 – 1,84 %
----------------	--------	---------------

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

### N01 Bewertung nicht vorgesehen

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

◆  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 02 Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts

ID 372001

QI\* Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	--	----------------------------

<b>keine Fälle</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>&lt;= 2,90 % (95. Perzentil)</b>	<b>–</b>
--------------------	----------	----------	---	----------

Bundesergebnis	1,06 %	0,94 – 1,20 %
----------------	--------	---------------

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

### N01 Bewertung nicht vorgesehen

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

◆  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 03 Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation

ID 372009

QI\* Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	--	----------------------------

<b>keine Fälle</b>	–	–	<= 1,94 % (95. Perzentil)	–
--------------------	---	---	------------------------------	---

Bundesergebnis	0,68 %	0,57 – 0,80 %
----------------	--------	---------------

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stimmverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	--------------------------

### N01 Bewertung nicht vorgesehen

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind



#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stimmverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

**04 Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation**

ID 372005

TKez\* Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	---	-------------------------

**keine Fälle**      –      –      Nicht definiert      –

Bundesergebnis      1,89 %      1,73 – 2,08 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

–      –      –

(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)

### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

\* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 05 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 372006 Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts  
QI\* verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
---------------------	----------	-------------------	--	----------------------------

<b>keine Fälle</b>	–	–	<= 2,14 (95. Perzentil)	–
--------------------	---	---	----------------------------	---

Bundesergebnis	1,01	0,93 – 1,11
----------------	------	-------------

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	--------------------------

### N01 Bewertung nicht vorgesehen

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

◆  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der  
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

<b>01</b>	<b>Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna</b>
ID 352000	Verwendung der linksseitigen Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (sog. Bypass)
QI*	

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>153 / 158</b>	<b>96,84 %</b>	92,81 – 98,64 %	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 95,57 % 95,30 – 95,82 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	--------------------------

<b>R10</b>	<b>Ergebnis liegt im Referenzbereich</b>	 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	

### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der  
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
<b>02</b>	<b>Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation</b>			
ID 352010	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation auftraten			
QI*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>0 / 141</b>	<b>0,00 %</b>	0,00 – 2,65 %	<= 1,94 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,72 %	0,61 – 0,84 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
<b>R10</b>	<b>Ergebnis liegt im Referenzbereich</b>			 unverändert
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der  
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
<b>03</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation</b>			
ID 352006				
TKez*	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>0 / 147</b>	<b>0,00 %</b>	0,00 – 2,55 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	1,95 %	1,77 – 2,15 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stimmverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)			

### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

\* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 04 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 352007 Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts  
QI\* verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz <sup>(x)</sup>	<b>0,95 O / E</b>	0,32 – 2,71	<= 2,10 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,09	1,02 – 1,16		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

### R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

<sup>(x)</sup> = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



## PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

**01 Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie**

ID 56000

QI\* Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich.

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz <sup>(x)</sup>	– %	–	>= 36,30 % (5. Perzentil)	➔ unverändert
Bundesergebnis	61,88 %	61,68 – 62,08 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

**R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

<sup>(x)</sup> = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



## PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

**02 Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund**

ID 56001

QI\* Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz <sup>(x)</sup>	– %	–	<= 44,87 % (95. Perzentil)	➔ unverändert
Bundesergebnis	29,94 %	29,74 – 30,15 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

**R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

<sup>(x)</sup> = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



## PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
<b>03</b> ID 56003 QI*	<b>Door-to-balloon-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt</b> Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>keine Fälle</b>	–	–	>= 63,22 % (5. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	74,55 %	74,09 – 75,01 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
<b>N01</b>	<b>Bewertung nicht vorgesehen</b> Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 01 Door-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt

ID 56004 Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen  
QI\* unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im  
Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der  
Herzkranzgefäße erhielten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz <sup>(x)</sup>	– %	–	<= 8,78 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	3,21 %	3,03 – 3,40 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

### H99 Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen

Sonstiges  
rechnerisch\_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der  
Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten

◆  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der  
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

<sup>(x)</sup> = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



## PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
<b>02</b> ID 56005	<b>Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm<sup>2</sup></b>
QI*	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>&lt; 4</b> Datenschutz <sup>(x)</sup>	<b>0,00 O / E</b>	0,00 – 20,49	<= 1,60 (95. Perzentil)	<b>→</b> unverändert
Bundesergebnis	0,90	0,89 – 0,91		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
<b>R10</b>	<b>Ergebnis liegt im Referenzbereich</b>	<b>◆</b> eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	

### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021  
C Qualitätssicherung

---

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

---

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

---

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der  
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

<sup>(x)</sup> = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



## PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
<b>03</b> ID 56006	<b>Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm<sup>2</sup></b>
QI*	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>keine Fälle</b>	–	–	<= 1,14 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,93	0,90 – 0,95		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stimmnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
<b>N01</b>	<b>Bewertung nicht vorgesehen</b>	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	

### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stimmnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

→



# CARDIOCLINIC KÖLN

Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021  
C Qualitätssicherung

---

## Fachlicher Hinweis des IQTIG

---

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

---

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der  
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
<b>04</b> ID 56007 QI*	<b>Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm<sup>2</sup></b> Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>&lt; 4</b> Datenschutz <sup>(x)</sup>	<b>0,00 O / E</b>	0,00 – 10,27	<= 1,54 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,92	0,91 – 0,93		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
<b>R10</b>	<b>Ergebnis liegt im Referenzbereich</b> Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021  
C Qualitätssicherung

---

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

---

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

---

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der  
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

<sup>(x)</sup> = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



## PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 05 Dosis-Flächen-Produkt unbekannt

ID 56008 Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht  
QI\* bekannt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz <sup>(x)</sup>	– %	–	<= 0,25 % (90. Perzentil)	➔ unverändert

Bundesergebnis 0,24 % 0,23 – 0,25 %

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

### H99 Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen

◆  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

Sonstiges  
rechnerisch\_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der  
Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der  
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

<sup>(x)</sup> = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



## PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

<b>06</b>	<b>Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml</b>
ID 56009	
QI*	Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>&lt; 4</b>	<b>- %</b>	-	<= 7,60 % (95. Perzentil)	<b>➔</b> unverändert
Datenschutz <sup>(x)</sup>				

Bundesergebnis 4,76 % 4,70 – 4,82 %

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

### H99 Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen

Sonstiges  
rechnerisch\_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten

**◆**  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

<sup>(x)</sup> = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



## PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 07 Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml

ID 56010 Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml  
QI\* Kontrastmittel verwendet wurde

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>keine Fälle</b>	–	–	<= 24,94 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	18,19 %	17,71 – 18,68 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

### N01 Bewertung nicht vorgesehen

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

◆  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



## PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

<b>08</b>	<b>Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml</b>
ID 56011	Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI)
QI*	mit mehr als 250 ml Kontrastmittel

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>&lt; 4</b>	<b>– %</b>	–	<= 19,27 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz <sup>(x)</sup>				
Bundesergebnis	11,14 %	11,03 – 11,26 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

<b>R10</b>	<b>Ergebnis liegt im Referenzbereich</b>	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	

### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

<sup>(x)</sup> = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



## PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

<b>09</b>	<b>Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt</b>
ID 56014	
QI*	Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>&lt; 4</b>	<b>- %</b>	-	<b>&gt;= 93,26 %</b>	<b>◆</b>
Datenschutz <sup>(x)</sup>			(5. Perzentil)	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	93,25 %	93,00 – 93,49 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

<b>H99</b>	<b>Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen</b>	<b>◆</b>
Sonstiges	rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten	eingeschränkt/ nicht vergleichbar

### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

<sup>(x)</sup> = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



## PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

### 10 Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

ID 56016 Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen  
QI\*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
<b>keine Fälle</b>	–	–	>= 93,53 % (5. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	95,07 %	94,99 – 95,16 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

### N01 Bewertung nicht vorgesehen

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

◆  
eingeschränkt/  
nicht vergleichbar

#### Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

\* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021  
C Qualitätssicherung

**C-1.2.B Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren**

Im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. September 2021 sind an dieser Stelle („Tabelle B“) keine Qualitätsindikatoren angegeben.

**C-1.2.C Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren**

Gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. September 2021 ist eine Veröffentlichung dieser Ergebnisse nicht vorgesehen.

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

Trifft nicht zu.

In Nordrhein-Westfalen gibt es kein Verfahren zur externen Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V, das auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgeht.

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

Das Krankenhaus nimmt nicht an Disease-Management-Programmen teil.

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

Trifft nicht zu.



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

Die Aufnahme der koronarchirurgischen Eingriffe in den Katalog zu den Mindestmengenregelungen erfolgt vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge. Dementsprechend sind auch noch keine Kriterien definiert, anhand derer sich die Menge zählen ließe.

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

Trifft nicht zu.

**C-5.2 Angaben zum Prognosejahr**

**C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr**

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.



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

Trifft nicht zu.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichtete Personen	Anzahl
1.	Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) <sup>1</sup>	14
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	14
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben <sup>2</sup>	12

<sup>1</sup> Fortbildungsverpflichtete Personen nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (FKH-R) in der Fassung vom 18.05.2017 (siehe [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de))

<sup>2</sup> Hat eine fortbildungsverpflichtete Person zum Ende des für sie maßgeblichen Fünfjahreszeitraums ein Fortbildungszertifikat nicht vorgelegt, kann sie die gebotene Fortbildung binnen eines folgenden Zeitraumes von höchstens zwei Jahren nachholen.



## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021

Die Angaben in diesem Kapitel basieren auf den Nachweisen der Krankenhäuser zu den Pflegepersonaluntergrenzen gemäß PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2021 vom 19. November 2020. Mit der PpUGV vom 9. November 2020 hat das Bundesministerium für Gesundheit die Melde- und Nachweispflichten mit Bezug zu den §§ 1 bis 8 PpUGV für alle pflegesensitiven Bereiche, zu denen für das Berichtsjahr 2021 durch die PpUGV nun auch die Innere Medizin, die Allgemeine Chirurgie, die Pädiatrie sowie die pädiatrische Intensivmedizin zählen, wieder in Kraft gesetzt, nachdem diese im vergangenen Jahr vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie ab dem 1. März 2020 ausgesetzt und nur für die Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie mit der Zweiten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 16. Juli 2020 (BGBl. I S. 1701) zum 1. August 2020 wieder eingesetzt wurden.

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad <sup>1</sup>	Ausnahmetatbestände
Intensivmedizin	CardioClinic IMC-Station	Tag	77,78 %	3
Intensivmedizin	CardioClinic IMC-Station	Nacht	100,00 %	4
Intensivmedizin	CardioClinic Intensiv	Tag	91,67 %	6
Intensivmedizin	CardioClinic Intensiv	Nacht	100,00 %	2
Herzchirurgie	CardioClinic Normalstation	Tag	81,82 %	6
Herzchirurgie	CardioClinic Normalstation	Nacht	100,00 %	0

<sup>1</sup> Monatsbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der Monate des Berichtsjahres, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen auf der jeweiligen Station im Monatsdurchschnitt eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

IMC = Intermediate Care, Intensivüberwachungspflege für Patientinnen und Patienten, die nicht beatmungspflichtig sind

### C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad <sup>1</sup>
Intensivmedizin	CardioClinic IMC-Station	Tag	85,03 %
Intensivmedizin	CardioClinic IMC-Station	Nacht	79,31 %
Intensivmedizin	CardioClinic Intensiv	Tag	91,23 %
Intensivmedizin	CardioClinic Intensiv	Nacht	96,99 %
Herzchirurgie	CardioClinic Normalstation	Tag	82,04 %
Herzchirurgie	CardioClinic Normalstation	Nacht	100,00 %

<sup>1</sup> Schichtbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der geleisteten Schichten auf der jeweiligen Station, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

IMC = Intermediate Care, Intensivüberwachungspflege für Patientinnen und Patienten, die nicht beatmungspflichtig sind



**CARDIOCLINIC KÖLN**  
Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021

## **D Qualitätsmanagement**



## D-1 **Qualitätspolitik**

Die Uniklinik Köln und die Medizinische Fakultät haben im Mai 2013 ein neues gemeinsames Leitbild für die Uniklinik verabschiedet: Diesem Leitbild ist auch die CardioClinic Köln als 100%ige Tochter verpflichtet.

### **Leitbild**

Im Universitätsklinikum und der Medizinischen Fakultät Köln beruht erfolgreiche Zusammenarbeit auf gemeinsamen Werten, Einstellungen und guter Kommunikation.

### **Gesellschaftlicher Auftrag**

Wir setzen uns kompetent für unseren gesellschaftlichen Auftrag der Krankenversorgung, Forschung und Lehre ein. Dabei gehen wir mit den Ressourcen, die uns die Gesellschaft zur Verfügung stellt, nachhaltig und verantwortlich um.

### **Würde**

Wir respektieren die Würde und die Persönlichkeit eines jeden Menschen.

### **Patientinnen und Patienten**

Wir verdienen uns das Vertrauen unserer Patientinnen, Patienten und der Menschen, die sie begleiten, durch fachliche Kompetenz und eine offene, ehrliche Kommunikation.

### **Forschung und Lehre**

Wir wecken den Wissensdrang der Studierenden und die Leidenschaft junger Ärztinnen und Ärzte für ihren Beruf. Frühzeitig begeistern wir den Nachwuchs für Forschung und bieten Möglichkeiten, Ideen bis zur Innovation zu verwirklichen.

Wir forschen unermüdlich an besseren Diagnose- und Behandlungsverfahren. Dazu vernetzen wir uns mit nationalen und internationalen Partnern innerhalb und außerhalb der Universität.

Wir verpflichten uns zu wissenschaftlicher Integrität.

### **Ausbildung und Zusammenarbeit**

Wir bilden unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zielgerichtet aus, fördern Berufswegen und wissenschaftliche Karrieren. Dieser Auftrag umfasst alle Berufsgruppen im Universitätsklinikum und in der Fakultät.

Wir pflegen einen teamorientierten Arbeitsstil. Dabei schätzen wir die individuelle Vielfalt und fördern die Neugier und Kreativität unserer Beschäftigten.

### **Kooperation**

Wir führen mit unseren Kooperationspartnern einen guten Dialog.

### **Führung**

Alle Beschäftigten sind dem Leitbild verpflichtet. Unsere Führungskräfte setzen sich für seine Umsetzung besonders ein.

Sie vermitteln unseren Beschäftigten Anspruch und Vision der Uniklinik und der Fakultät und definieren erreichbare Ziele zur Umsetzung der Strategien.



Sie erkennen die Potenziale unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, fördern ihre persönliche und berufliche Entwicklung und berücksichtigen individuelle Lebenslagen. Sie schaffen Raum für offene Kommunikation, konstruktives Feedback und Lösungen. Sie stellen sich schützend vor unberechtigt oder ehrverletzend angegriffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie fördern eine offene Fehlerkultur und ein umfassendes Qualitätsmanagement.

Wir leisten unseren Beitrag zu mehr Gesundheit in der Gesellschaft - heute und in der Zukunft.

## **D-2 Qualitätsziele**

Das Wohl der Patientin und des Patienten, deren Zufriedenheit und Sicherheit stehen im Mittelpunkt der Krankenversorgung in der CardioClinic Köln. Der respektvolle Umgang mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse ist eine wesentliche Säule bei der Schaffung einer besonders persönlichen und kompetenten Patientenversorgung.

Bei den Ergebnissen der medizinischen und pflegerischen Versorgung streben wir das höchste Niveau an. Das beginnt beim Ausschluss von Mängeln, der Vermeidung von Fehlern und dem Minimieren von Risiken. Die Patientinnen und Patienten vor unerwünschten Ereignissen zu bewahren ist die Basis einer erfolgreichen Behandlung. Eine reibungslose, interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit mit unseren Kooperationspartnern im Evangelischen Krankenhaus Kalk, den angegliederten Praxen und den medizinischen Disziplinen der Uniklinik sind dafür notwendig. Ein hoher Facharztstandard und erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf allen Ebenen der Klinik gewährleisten ein hohes Maß an Patientenzufriedenheit und eine geringe Komplikationsrate.

In der Uniklinik wird ein umfassendes Risiko- und Fehlermanagement betrieben, das auch in der CardioClinic Köln eingesetzt wird. Organisatorische, pflegerische und medizinische Fehler werden aufgedeckt und auch aus Beinahefehlern (CIRS) Informationen gesammelt, um Zwischenfälle mit Patientinnen und Patienten zu vermeiden.

## **D-3 Aufbau des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements**

Der Zentralbereich Medizinische Synergien der Uniklinik Köln ist direkt dem Vorstand der Uniklinik Köln zugeordnet und untersteht dem Ärztlichen Direktor. Planung und Umsetzung von Projekten und regelmäßige Aufgaben des Qualitätsmanagements werden dort umgesetzt und dem Vorstand über Verlauf und Ergebnisse der Arbeit berichtet.

Der Leiter ist in den Lenkungscommissionen der Uniklinik vertreten. In diesem Rahmen werden auch die Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach SGB V der Bundesebene, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), und der Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen (QS NRW) bzw. der Landesarbeitsgemeinschaft NRW (LAG DeQS NRW) zusammengeführt und koordiniert.

Die CardioClinic Köln als dezentrale Einheit ist in diese Strukturen eingebunden. Klinikinterne Qualitätsmanagementsysteme wurden nach den spezifischen Anforderungen der Fachgesellschaften beziehungsweise den gesetzlichen Vorgaben entwickelt.



In der CardioClinic Köln sind zwei Qualitätssicherungsbeauftragte Ärztinnen (sowohl aus dem Team der Anästhesie/Intensivmedizin, als auch der Herzchirurgie) tätig.

## **Qualitätsmanagement Hämotherapie**

Die CardioClinic Köln legt besonderes Augenmerk auf die Umsetzung des Qualitätsstandards „Patientenorientiertes Blut-Management“ (Patient Blood Management). Das Qualitätsmanagement-Handbuch Hämotherapie ist für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter elektronisch verfügbar.

## **Krankenhaushygiene**

Der Hygieneplan wird fortlaufend aktualisiert und ist für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter elektronisch verfügbar, Hygienekommissionssitzungen finden halbjährlich und bei Bedarf statt, es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Zentralen Krankenhaushygiene der Uniklinik Köln.

Die Infektions-Einzelfallanalyse erfolgt fortlaufend mit kontinuierlicher Anpassung der Maßnahmen. Der Erfolg zeigt sich in einer niedrigen Infektionsrate.

Das ABS (Antibiotic Stewardship)-Management mit klinikinterner Leitlinie dient der Überwachung einer rationalen Antibiotikatherapie.

## **Arzneimittel**

- Halbjährliche Begehungen durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhausapotheke
- Umsetzung der Vorgaben der Arzneimittelkommission der Uniklinik Köln

## **Patientensicherheit**

- Anwendung eines Patientenidentifikationsarmbands
- Einsatz von OP-Sicherheits-Checklisten, Team-timeout-Verfahren

## **Entlassmanagement**

Die weitere Versorgung nach dem stationären Aufenthalt wird durch gezielte Vorgaben des Entlassmanagements organisiert. Hier werden die Vorgaben der Uniklinik Köln unter Einsatz des Uniklinik-internen EDV-Systems umgesetzt.

## **Arbeitsschutz**

Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit gewährleistet die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben.

Es existiert ein eigenes Evakuierungs- und Brandschutzkonzept für die CardioClinic Köln innerhalb der Räumlichkeiten des Evangelischen Krankenhauses Kalk.

Der Arbeitssicherheitsausschuss tagt regelmäßig unter Beteiligung des betriebsärztlichen Dienstes (Uniklinik Köln).

## **Strukturierte Konferenzen**

Herzkatheter- und Heart-Team-Konferenzen werden mit den Zuweisern und Kooperationspartnern durchgeführt.

M&M (Mortalitäts- und Morbiditäts)-Konferenzen der CardioClinic Köln werden bei jedem Fall zeitnah durchgeführt. Dies ist wegen der geringen Größe des Teams gut umsetzbar.



### **Medizinproduktegesetz (MPG)**

Die Einhaltung der Vorgaben des MPG wird vom Medizinprodukte-Beauftragten überwacht und koordiniert.

### **Einweisung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**

Die Einweisungen erfolgen im Rahmen der Einarbeitungen, Wiederholungseinweisungen werden in regelmäßigen Abständen angeboten.

### **Datenschutz**

Die DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung) wird durch die Uniklinik Köln umgesetzt und schließt die Betreuung der CardioClinic Köln ein. Vor Ort gibt es eine Datenschutzkoordinatorin.

### **Mitarbeiterfürsorge**

Ein vertrauensvolles, persönliches Verhältnis zu allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist durch die Größe der Klinik gegeben. So ist die Umsetzung individueller Bedürfnisse und die Lösung von Problemen möglich.

### **Evangelisches Krankenhaus Kalk (EVKK)**

Die Bereiche Operationsabteilung und Normalstation sowie grundsätzliche Bereiche der Logistik wie die Abfallentsorgung und die Gebäudetechnik sind eng mit dem EVKK verbunden. Daher werden dort die Vorgaben Qualitäts- und Risikomanagements des EVKK angewendet.

## **D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements**

### **Klinisches Risikomanagement**

Die Uniklinik Köln strebt ein umfassendes Klinisches Risikomanagement an. Das zentrale Klinische Risikomanagement der Uniklinik Köln hat drei grundsätzlich unterschiedliche Ansätze zur Risikoidentifikation etabliert, die auch in der CardioClinic Köln Anwendung finden:

#### **Statistische Verfahren**

- externe Qualitätssicherung
- Aktenanalyse und Befragungen

#### **Anlasslose Verfahren**

- Begehungen der Aufsichtsbehörden
- Interne Prozess- und Systemaudits nach den Vorgaben von Normen und Fachgesellschaften
- Risikoaudits: Begehungen der klinischen Bereiche in Kooperation mit der Zentralen Krankenhaushygiene, der Apotheke, der Arbeitssicherheit und den ärztlichen und pflegerischen Vertreterinnen und Vertretern der begangenen Bereiche



## Anlassbezogene Verfahren

- Critical Incident Reporting System (CIRS)
- Lob- und Beschwerdemanagement
- Für Schadensfälle ist ein Verfahren etabliert, das einerseits vom London-Protokoll abgeleitet ist und andererseits Elemente der Flugunfalluntersuchungen übernommen hat. Bei Verdacht auf Schadensfälle werden die Untersuchungen eingeleitet.
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M)
- Sturzerfassung und -analysen
  - auf der CardioCliniC Intensivstation: Erfassung und -analyse über Uniklinik Köln
  - auf der CardioCliniC Normalstation: Erfassung und -analyse gemeinsam mit dem EVKK

Einige Instrumente und Leistungen werden zentral über die Uniklinik Köln organisiert:

- Organisation der Patientenbefragung, die Auswertung und interne Kommunikation erfolgt durch die Unternehmensstrategie im Rhythmus alle zwei Jahre
- Ideenwettbewerb
- Beratung von Kliniken, Instituten, Schwerpunkten und Bereichen bei der Implementierung und Aufrechterhaltung von QM-Systemen
- Mitarbeiterqualifikation durch das Bildungszentrum mit einem umfassenden Seminarprogramm und Weiterbildungsangeboten, das auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Tochtergesellschaften zur Verfügung steht. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der CardioCliniC Köln nehmen hier überwiegend an Reanimations-schulungen im Skills Lab und an den Weiterbildungen zum Wundexperten teil.

Universitäre Medizin ist gefahrgeneigt, jede Operation, jeder invasive Eingriff und jedes hochwirksame Medikament kann unerwünscht wirken. Zusätzlich zu den Risiken, die der medizinischen Diagnostik und Therapie innewohnen, können weitere Risiken durch menschliche Fehler, versagende Technik oder insuffiziente Organisation auftreten. Das Klinische Risikomanagement bekämpft besonders diese zusätzlichen Risiken.

Diese Risiken müssen erkannt und aufgedeckt werden, bevor ein Schaden für die Patientin oder den Patienten entsteht. Meistens sind solche Risiken nicht offensichtlich und es ist eine besondere Aufgabe sie rechtzeitig zu entdecken. Deshalb werden unterschiedliche Rückkopplungssysteme entwickelt und aufrechterhalten.

Damit sollen der Vorstand und andere Verantwortliche der Patientenbehandlung direkte Informationen bekommen, die nicht auf den dienstlichen Informationswegen basieren. Die Rückkopplungssysteme sollen für alle betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder Patientinnen und Patienten offen sein, sie sollen niederschwellig und einfach sein.



Folgende in der Uniklinik von den Medizinischen Synergien betriebene Rückkopplungssysteme werden in der CardioClinic Köln verwendet:

- Beim **Critical Incident Reporting System (CIRS)** können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anonym und sanktionsfrei Risiken für Patientinnen und Patienten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter melden. Das CIRS dient der schnellen Erfassung von kritischen Ereignissen (critical incidents) und ermöglicht im Bedarfsfall ein schnelles Einleiten von Korrekturmaßnahmen.
  - Voraussetzung für das Gelingen eines CIRS ist die sanktionsfreie Bearbeitung der Berichte und die vorurteilsfreie Suche nach den Ursachen. Häufig sind es organisatorische Defizite, die zu kritischen Ereignissen führen, z. B. wenn gefährliche Medikamente aufgrund mangelnder Kennzeichnung leicht verwechselt werden können.
  - Die Berichte werden in vertraulicher oder auch anonym Form über ein elektronisches Formular an einen unabhängigen Dritten geschickt, dies ist hier der Zentralbereich Medizinische Synergien. Dort werden sie anonymisiert und an das CIRS-Team der zuständigen Abteilung weitergeleitet, das die Berichte weiterbearbeitet.
  - Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der CardioClinic Köln haben die Möglichkeit, über das Meldesystem der Uniklinik Risiken zu melden. Dies ist bisher nicht in Anspruch genommen worden. Ein vertrauensvolles und offenes Miteinander im Team ermöglicht die Aufdeckung von kritischen Ereignissen (Critical Incidents) im persönlichen Gespräch mit den direkten Vorgesetzten und der Klinikleitung. Vorschläge zur Korrektur können ebenso auf diesem Weg gemacht werden und werden bei Eignung zeitnah umgesetzt.
- Das **Lob- und Beschwerdemanagement** der CardioClinic Köln zeichnet sich bei kleinen Fallzahlen durch eine direkte und persönliche Bearbeitung aus. Die CardioClinic Köln erhält viel Lob von Patienten und Angehörigen, sowohl zur Qualität der medizinischen Behandlung, als auch zu der liebevollen und zugewandten Betreuung. Beschwerden wird unverzüglich nachgegangen und möglichst zeitnah eine Korrektur veranlasst.
- **Patientenbefragungen** gehören neben dem Beschwerdemanagement zu einer sehr wichtigen Informationsquelle zu der Frage, wie die Uniklinik wahrgenommen wird. Während das Beschwerdemanagement sich auf den einzelnen Fall fokussiert, lassen sich aus den Patientenbefragungen auch statistische Auswertungen ableiten.

Die Uniklinik befragt alle geraden Jahre über 5.500 Patientinnen und Patienten der Monate September bis November, die nach einem Zufallsverfahren ausgewählt und angeschrieben werden. In diesem Pool sind auch Patienten der CardioClinic Köln enthalten. Über 1.000 Patientinnen und Patienten werden in den operativen Kliniken zur ihren postoperativen Schmerzen in Ruhe, bei Belastung und ihrem maximalen Schmerz sowie zur Zufriedenheit mit der Schmerzmedikation befragt. Die Ergebnisse werden den Kliniken zur Verfügung gestellt und daraus spezifische Schmerzkonzepte entwickelt.
- Bei den **Internen Risikoaudits** werden klinische Bereiche gemeinsam vor Ort begangen. Für jeden Bereich wird eine Checkliste erstellt, sie basiert auf den Hinweisen (Monita) der amtsärztlichen Begehungen, soweit diese vorliegen. In der CardioClinic Köln werden problematische Bereiche gemeinsam mit den zuständigen Verantwortlichen und Beauftragten begangen, die Risiken werden identifiziert und bewertet und bei Bedarf weitere Fachleute wie Apothekerinnen und Apotheker oder auch externe Experten oder Gutachter hinzugezogen. Gemeinsam mit den beteiligten Mitarbeitern werden Maßnahmen zur Beseitigung oder



# CARDIOCLINIC KÖLN

Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021

D Qualitätsmanagement

Minderung des Risikos entwickelt. Die Begehungen erfolgen anlassbezogen oder auch ohne Ankündigung.



## Hinweise zur Datengrundlage

### Angaben zu Fallzahlen anhand der Erfassung zur Abrechnung

Die ICD- und OPS-Codes, also die Schlüsselnummern zu Diagnosen und Behandlungen, werden anhand der Krankenakte zur Ermittlung der DRG-Fallpauschale zur Abrechnung erfasst, ein „Fall wird kodiert“.

**ICD** – Diagnoseschlüssel-Katalog  
International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems  
**OPS** – Operationenschlüssel nach Paragraph 301 SGB V  
Operationen- und Prozeduren-Schlüssel nach Paragraph 301 SGB V

Dabei müssen die verpflichtenden Deutschen Kodierrichtlinien beachtet werden. Einige Codes dürfen nur einmal pro Fall kodiert bzw. gezählt werden, während andere Codes bei jeder erbrachten Leistung erfasst werden müssen.

In der Praxis ist es für die Erfassung vor allem relevant, ob ein ICD- bzw. OPS-Code tatsächlich erlösrelevant ist, dies auch ohne Absicht zur gezielten Erlösmaximierung. Ein weiterer Einfluss ergibt sich dadurch, wer die Daten erfasst bzw. wie der Arbeitsprozess der OPS-Kodierung in den einzelnen Fachabteilungen organisiert ist.

ICD- und OPS-Codes sind daher als Abrechnungsschlüssel nicht mit einer medizinischen Dokumentation zu verwechseln.

### Datensatz analog § 21 KHEntgG

Die einheitliche Datengrundlage für die Fallzahlen (Top-Listen) zu ICD- und OPS-Codes im Strukturierten Qualitätsbericht ist analog zum Datensatz nach § 21 Krankenhaus-Entgelt-Gesetz (KHEntgG).

Der Datensatz nach § 21 KHEntgG enthält Daten zu allen stationären Fällen. Er wird vom Controlling erstellt und einmal im Jahr gesetzlich verpflichtend an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt. Dort werden diese Daten zur Anpassung der Vergütungsregeln (DRG) eingesetzt.

Es werden für diesen Bericht nur die Hauptdiagnosen eines Falls berücksichtigt. Teilstationäre Fälle wurden nur für die Top-Listen der OPS-Codes berücksichtigt.

Daten zu ambulanten, somatischen Fällen sind im Datensatz nach § 21 KHEntgG nicht enthalten und sollen gemäß der Vorgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in den Top-Listen zu den ICD- und OPS-Codes auch nicht mitgezählt werden.

### Top-Listen zu ICD-Codes

Die Fachabteilungszuordnung der Hauptdiagnose nach ICD ist anhand der entlassenden Fachabteilung umgesetzt. Damit ergeben sich geringe Verschiebungen zum internen Berichtswesen der Universitätsklinik Köln, bei dem ein Fall und damit dessen Hauptdiagnose der Fachabteilung mit der kumuliert längsten Verweildauer einer Patientin oder eines Patienten zugeordnet wird.

### Top-Listen zu OPS-Codes

Die Fachabteilungszuordnung der OPS-Codes ist laut G-BA nach der leistungserbringenden Fachabteilung vorzunehmen. Da diese Information in der Datenbasis nicht enthalten ist, wird ein Regelwerk auf die Daten angewendet, das anhand des OPS-Codes und der "liegenden" bzw. anfordernden Fachabteilung die Leistung der erbringenden Fachabteilung zuordnet.



## **Regelbasierte OPS-Zuordnung**

Für den Strukturierten Qualitätsbericht 2006 wurde die Zuordnung der OPS-Codes zur erbringenden Fachabteilung erstmalig anhand von Regeln vorgenommen.

Der OPS-Katalog wurde systematisch daraufhin überprüft, ob eine Leistung typischerweise von einer Fachabteilung erbracht wird, wie z. B. ein Computertomogramm („CT“) von der Radiologie. Dabei hat sich gezeigt, dass die Information, auf welcher Fachabteilung die Patientin oder der Patient liegt, ein zusätzlich entscheidendes Kriterium sein kann, von welcher Fachabteilung die Leistung konsiliarisch angefordert wird.

Anhand dieser Analyse wurde ein Regelwerk erstellt, das seitdem in der hausinternen Diskussion korrigiert und ergänzt wird. Anhand des OPS-Codes und der „liegenden“ (anfordernden) Fachabteilung wird die Leistung der erbringenden Fachabteilung zugeordnet.

Ab Berichtsjahr 2020 erfolgt die Regelanwendung direkt im Controlling.

## **Vergleichbarkeit zum Vorjahr**

Die Kataloge zu ICD und OPS unterliegen wie auch die Kodierrichtlinien einem jährlichen Wandel, der einen jahresübergreifenden Vergleich nicht ohne nähere Prüfung der Katalogwerke und der Kodierrichtlinien zulässt.

## **Vergleichbarkeit zu anderen Berichten**

Die Angaben zu Fallzahlen im Strukturierten Qualitätsbericht werden gemäß der DRG-Systematik ermittelt, die Angaben zu Fallzahlen im Jahresbericht (Geschäftsbericht) werden nach den Regeln der Landeskrankenhausstatistik berechnet. Diese unterschiedlichen Vorgaben führen zu unterschiedlichen Angaben. Die Fallzahlen im Jahresbericht und im Strukturierten Qualitätsbericht können daher nicht miteinander verglichen werden.

## **Angaben zum Personal**

Die Angaben zum Personal erfolgen gemäß Beschluss des G-BA ohne Personalanteil für Forschung und Lehre.

## **Hinweis zu den Texten**

Alle Texte, die auch in der maschinenlesbaren Datenbankfassung enthalten sind, hauptsächlich also die Texte in Tabellen, unterliegen einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebenen Textlängenbeschränkung (meist nur 300 Zeichen), daher muss hier eine knappe Formulierung gewählt werden, die auf Abkürzungen nicht verzichten kann.

## **Hinweis zum Datenschutz**

Die eindeutige Krankenversicherungsnummer (eGK-Nummer), die seit 2013 im Datensatz nach § 21 KHEntgG verpflichtend enthalten ist, wurde vor der Aufbereitung für diesen Bericht anonymisiert. Aus der Datengrundlage für diesen Bericht kann daher kein Bezug mehr zu einer konkreten Person hergestellt werden.



## Impressum

### Verantwortliche für den Qualitätsbericht

#### Ärztliche Direktorin

Dr. med. Barbara Limpers  
Ärztliche Direktorin, Chefärztin Anästhesie und Intensivmedizin  
CardioClinic Köln

Hausanschrift: Buchforststraße 2, 51103 Köln  
Telefon +49 (0)221/985292 – 21  
Telefax +49 (0)221/985292 – 99  
E-Mail [limpers@cardioclinc-koeln.de](mailto:limpers@cardioclinc-koeln.de)

#### Redaktionelle Bearbeitung

Projektleitung  
Dr. med. Barbara Limpers  
Ärztliche Direktorin, Chefärztin Anästhesie und Intensivmedizin

Telefon +49 (0)221/985292 – 21  
Telefax +49 (0)221/985292 – 99  
E-Mail [limpers@cardioclinc-koeln.de](mailto:limpers@cardioclinc-koeln.de)

#### Redaktionelle Mitarbeit

Georg Hornbach (Geschäftsführer)  
Prof. Dr. med. Herbert Vetter (Chefarzt Herzchirurgie)  
Dr. med. Stefanie Reinhardt (Oberärztin Herzchirurgie)  
Anke Schuster (Büroleiterin Verwaltung)  
Dr. med. Janine Zweigner (Universitätsklinikum Köln, Zentrale Krankenhaushygiene)

#### Beratung

Dr. med. Martin Klein (Universitätsklinikum Köln, Zentralbereich Medizinische Synergien)

#### Datensatz analog § 21 KHEntgG, Anonymisierung und Aufbereitung

Ines Dohle, B. A. (Universitätsklinikum Köln, Controlling)  
Dr. med. Martin Klein (Universitätsklinikum Köln, Zentralbereich Medizinische Synergien)

#### Datenauswertung für die OPS-Tabellen und für den ambulanten Bereich

Roman Voskoboynik (Universitätsklinikum Köln, Controlling)

#### Angaben zu Personalzahlen und -qualifikationen

Frank Fuhr (Universitätsklinikum Köln, Geschäftsbereich Personal)  
Anke Schuster (Büroleiterin Verwaltung)  
Ralf Winter (Teamleitung Pflege)

#### Redaktion für Kapitel D – Qualitätsmanagement

Dr. med. Barbara Limpers (Ärztliche Direktorin, Chefärztin Anästhesie und Intensivmedizin)  
Dr. rer. nat. Thomas Groß (Leiter Zentralbereich Medizinische Synergien)

#### Laiensprachliche Übersetzungen zu ICD- und OPS-Katalogen

Bertelsmann Stiftung ([www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de)) außer an gekennzeichneten Stellen

#### Fotos

Udo Geisler Photographie (Essen)  
Heyst GmbH (Essen)  
MedizinFotoKöln (Dekanat der Universität zu Köln)

#### Alle Rechte bei den Urhebern

Software zur Datenaufbereitung empira Software GmbH ([www.empira.de](http://www.empira.de))

Strukturierter Qualitätsbericht der CardioClinic Köln (PDF)

[www.cardioclinc-koeln.de/qualitaetsberichte](http://www.cardioclinc-koeln.de/qualitaetsberichte)

Alle Strukturierten Qualitätsberichte der Universitätsklinik Köln 2004 – 2021 (PDF)

[www.uk-koeln.de/qualitaetsberichte](http://www.uk-koeln.de/qualitaetsberichte)