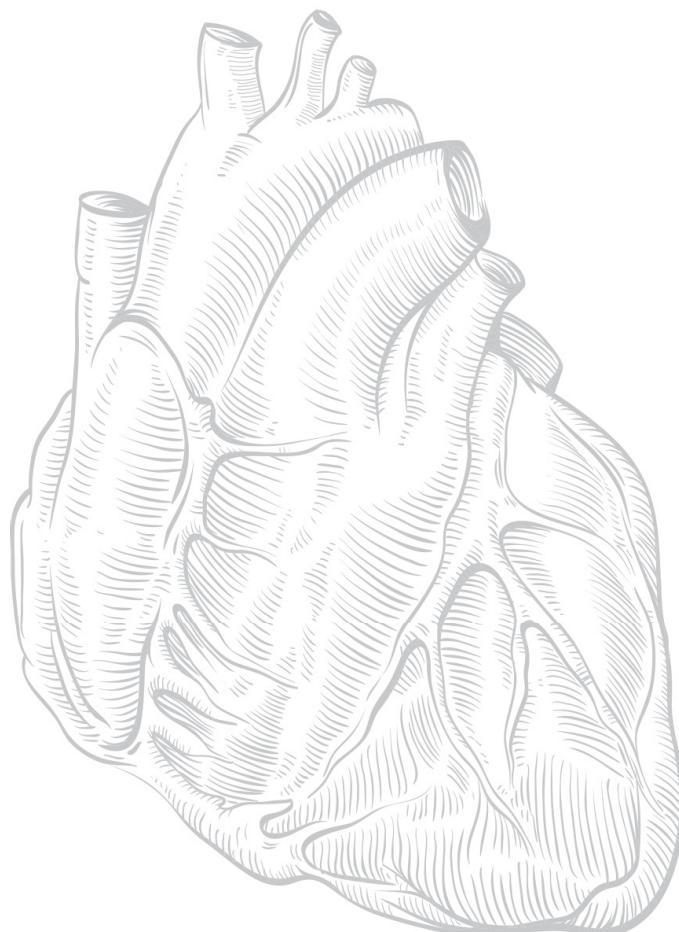




STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT

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 2024



Ein Tochterunternehmen der



UNIKLINIK
KÖLN





Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Wir freuen uns über Ihr Interesse an der CardioCliniC Köln und präsentieren Ihnen gerne den Qualitätsbericht.

Die CardioCliniC Köln ist eine Spezialklinik für Herzchirurgie im rechtsrheinischen Köln-Kalk. Sie ist eine hundertprozentige Tochter des Universitätsklinikums Köln und sichert zusammen mit der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie der Uniklinik Köln die herzchirurgische Versorgung in Köln und Umgebung.

Die Klinik existiert bereits seit 1995. Sie wurde initial als eigenständige Klinik am Evangelischen Krankenhaus Köln Kalk gegründet, später 2008 von der Uniklinik Köln übernommen.

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

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.

Das Universitätsklinikum 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, den 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 High-Care-(Überwachungs-)betten unter anästhesiologisch-intensivmedizinischer Leitung. Ein sehr erfahrenes, motiviertes und gut ausgebildetes Pflegeteam versorgt die Patienten auf unserer Intensivstation.

Auf der Normalstation werden die Patienten von einem speziell geschulten Pflegeteam des Evangelischen Krankenhauses Kalk und ärztlich von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der CardioCliniC Köln betreut.

Im ärztlichen Bereich werden unsere Patienten von erfahrenen Fachärzten und Fachärztinnen versorgt.

Die Versorgung unserer Patienten durch ein kompaktes, stabiles Team mit hoher Identifikation mit der CardioCliniC trägt zu der hohen Patientenzufriedenheit und den sehr guten Ergebnissen bei.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024

Im Rahmen von Nachfolgeregelungen begrüßten wir 2024 als weiteren Chefarzt für Herzchirurgie Herrn Prof. Dr. Parwis B. Rahamanian und ab dem 01.07.2025 als weitere Chefärztin für Herzchirurgie Frau Dr. med. Stefanie Reinhardt, um auch in Zukunft die gewohnt hohe Qualität in der CardioCliniC anbieten zu können.

Köln, im November 2025



Dr. med. Jens Bolten

Ärztlicher Direktor

Georg Hornbach

Geschäftsführer

Ralf Winter

Pflegedirektor



Inhaltsverzeichnis

Liebe Leserinnen, liebe Leser,	2
Inhaltsverzeichnis	4
Hinweise	6
Hinweis zur Darstellung nach Standorten	6
Hinweis zur Sortierung in den Tabellen.....	6
Hinweis zu Fallzahlen < 4	6
Hinweis zur genderneutralen Formulierung.....	6
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	8
Im Bericht dargestellter Standort	9
A-2 Name und Art des Krankenhaussträgers	10
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	10
A-4 [unbesetzt]	10
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	11
A-6 Weitere nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses	12
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	14
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	16
A-9 Anzahl der Betten	16
A-10 Gesamtfallzahlen	16
A-11 Personal des Krankenhauses.....	17
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	20
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 Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen	35
B-1 Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin.....	36
C Qualitätssicherung	44
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	110
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	110



C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	110
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	111
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	111
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	111
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	112
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	113
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	114
D	Qualitätsmanagement	115
D-1	Qualitätspolitik	116
D-2	Qualitätsziele	117
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	117
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	119
	Hinweise zur Datengrundlage	123
	Impressum	125



Hinweise

Hinweis zur Darstellung nach Standorten

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

- Universitätsklinikum Köln
- CardioClinic Köln

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

Hinweis zur Sortierung in den 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 (Schlüsselbezeichner) 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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024

A

Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
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
Telefon	0221 478-0
Telefax	0221 478-4095
E-Mail	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

Pflegedienstleitung

Name	Marina Filipović
Position	Pflegedirektorin (Vorstand)
Telefon	0221 478-4938
Telefax	0221 478-6590

Verwaltungsleitung

Name	Dipl.-Kfm. Damian Grüttner
Position	Kaufmännischer Direktor (Stellv. Vorstandsvorsitzender)
Telefon	0221 478-5401
E-Mail	kaufmaennischer-direktor@uk-koeln.de

Die Angaben beziehen sich auf den Stichtag (31. Dezember des Berichtsjahres).



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Im Bericht dargestellter Standort

Name	CardioClinic Köln
Hausadresse	Buchforststraße 2 51103 Köln
Internet	www.cardioclinic-koeln.de
Telefon	0221 985292-0
Telefax	0221 985292-99
E-Mail	info@cardioclinic-koeln.de
Institutionskennzeichen (IK)*	260530283
Standortnummer**	772616000

Ärztliche Leitung

Name	Dr. med. Barbara Limpers
Position	Ärztliche Direktion (bis 31.12.2024)
Telefon	0221 985292-21
Telefax	0221 985292-99
E-Mail	limpers@cardioclinic-koeln.de

Name	Dr. med. Jens Bolten
Position	Ärztlicher Direktor (ab 01.01.2025)
Telefon	0221 985292-21
Telefax	0221 985292-99
E-Mail	bolten@cardioclinic-koeln.de

Pflegedienstleitung

Name	Ralf Winter
Position	Teamleitung Pflege
Telefon	0221 985292-80
Telefax	0221 985292-99
E-Mail	winter@cardioclinic-koeln.de

Verwaltungsleitung

Name	Dipl.-Volksw. Georg Hornbach
Position	Geschäftsführer
Telefon	0221 985292-21
Telefax	0221 985292-99
E-Mail	hornbach@cardioclinic-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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

- Universitätsklinikum Köln
- CardioCliniC Köln

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

Die Angaben beziehen sich auf den Stichtag (31. Dezember des Berichtsjahres).

A-2 Name und Art des Krankenhasträgers

Träger	Universitätsklinikum Köln – Anstalt des öffentlichen Rechts
Art	öffentlich
Internet	www.uk-koeln.de

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum der Universität zu Köln

A-4 [unbesetzt]

Gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser vom 15. Dezember 2022 entfällt das Kapitel zur regionalen Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie und die Abschnittsnummer bleibt unbesetzt.

Dieses Kapitel wurde gestrichen, da differenzierte Angaben im Kapitel C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung aufgenommen wurden.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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 Evangelischen Krankenhauses Köln-Kalk (EVKK).
MP06	Basale Stimulation In Kooperation mit der Abteilung für Ergotherapie des Evangelischen Krankenhauses Köln-Kalk
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) In Kooperation mit der Abteilung für Ergotherapie des Evangelischen Krankenhauses Köln-Kalk
MP15	Entlassmanagement/Brückengymnastik/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 Evangelischen Krankenhauses Köln-Kalk
MP21	Kinästhetik In Kooperation mit der Abteilung für Physiotherapie des Evangelischen Krankenhauses Köln-Kalk
MP24	Manuelle Lymphdrainage Manuelle Massagetechnik zur Förderung des Lymphabflusses bei Ödemen. In Kooperation mit der Abteilung für Physiotherapie des Evangelischen Krankenhauses Köln-Kalk
MP25	Massage In Kooperation mit der Abteilung für Physiotherapie des Evangelischen Krankenhauses Köln-Kalk
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 Evangelischen Krankenhauses Köln-Kalk.
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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit Ärzte-, und Patienteninformationsveranstaltungen in Zusammenarbeit mit dem Evangelischen Krankenhaus Köln-Kalk
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 Kälteamwendungen In Kooperation mit der Abteilung für Physiotherapie des Evangelischen Krankenhauses Köln-Kalk.
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). www.cardioclinic-koeln.de
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle Alle Normalstationszimmer sind mit einer eigenen Nasszelle ausgestattet. www.cardioclinic-koeln.de

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 www.cardioclinic-koeln.de



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote

Nr.	Serviceangebot
NM68	Abschiedsraum im Evangelischen Krankenhaus Köln-Kalk www.cardioclinic-koeln.de
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. www.cardioclinic-koeln.de
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten in Kooperation mit dem Evangelischen Krankenhaus Köln-Kalk www.cardioclinic-koeln.de
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung Angebot von evangelischer und katholischer Seelsorge 24/7 www.cardioclinic-koeln.de
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) bei medizinischer Notwendigkeit oder auf Wunsch des Patienten als Zusatzleistung www.cardioclinic-koeln.de



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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	schuster@cardioclinic-koeln.de

Die Angaben beziehen sich auf den Stichtag (31. Dezember des Berichtsjahres).

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 Evangelischen Krankenhauses Köln-Kalk 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“



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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 Körpergewicht zugelassen.
BF20	Untersuchungsgeräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße Körperwaage bis 200 kg Körpergewicht 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 des Evangelischen Krankenhauses Köln-Kalk 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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten Der Chefarzt der Herzchirurgie Prof. Dr. Ivar Friedrich hat eine apl.-Professur an der Universität Mainz, der Chefarzt der Herzchirurgie Prof. Dr. Parwis B. Rahmanian hat eine apl.-Professur an der Universität Köln.
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) In der CardioCliniC werden regelmäßig Famulantinnen betreut.
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 Studien gemeinsam mit Uniklinik Köln/Herzzentrum, Aufnahmeausschuss f. Bewerbungen an der Fak. f. Gesundheit der Univ. Witten/Herdecke
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher Der Chefarzt für Herzchirurgie Prof. Dr. Parwis B. Rahmanian weist diverse Publikationsleistungen und Autorenschaften von 2004 bis 2025 auf, darunter sechs Kapitelbeiträge in Fachbüchern.
FL09	Doktorandenbetreuung Regelmäßige Betreuung von Doktoranden durch Prof. Dr. Ivar Friedrich und Prof. Dr. Parwis B. Rahmanian

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 Universitätsklinikums Köln für die Betriebsstelle CardioCliniC Krankenhausbetriebsgesellschaft mbH ausgewiesen.

Bettenzahl	15
– davon Betten in Tageskliniken	–

Stichtag: 31.12.2024

Es werden 6 Intensiv-, 3 High-Care- und 6 Normalstationsbetten betrieben.

A-10 Gesamtfallzahlen

Stationäre Fälle	345
Teilstationäre Fälle (Tagesklinik)	–
Ambulante Fälle (Kontakte)	–
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)	–



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Ärztinnen und Ärzte		12,11
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	12,11 -
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	12,11 -
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		12,11
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	12,11 -
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	12,11 -
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		0,10
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,10 -
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,10 -
Transplantationsbeauftragter		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		0,10
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,10 -
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,10 -

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 2024
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		26,87
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	20,24 6,63	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	26,87 -	
* = Pflegepersonal der Normalstation des EVKK (5,83), Personalgestellung Funktionsdienst OP (0,08)			
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		0,22
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,22 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,22 -	
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		1,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,00 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,00 -	

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung 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)		0,40
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,40 –
	Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,40 –
SP35	Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater		0,80
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,80 –
	Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,80 –
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement		2,70
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,70 –
	Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,70 –
SP27	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie		0,80
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,80 –
	Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,80 –

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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
Straße	Buchforststraße 2
PLZ / Ort	51103 Köln
Telefon	0221 985292-21
Telefax	0221 985292-99
E-Mail	limpers@cardioclinc-koeln.de

Die Angaben beziehen sich auf den Stichtag (31. Dezember des Berichtsjahres).

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Es ist kein Lenkungsgremium eingerichtet.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Dr. med. Barbara Limpers
Position	Ärztliche Direktorin
Straße	Buchforststraße 2
PLZ / Ort	51103 Köln
Telefon	0221 985292-21
Telefax	0221 985292-99
E-Mail	limpers@cardioclinic-koeln.de

Die Angaben beziehen sich auf den Stichtag (31. Dezember des Berichtsjahres).

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 Uniklinik 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 Morbiditätsskonferenzen 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 2024
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 (Ärztekammern 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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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.

Die Vorgaben der Zentralen Krankenaushygiene 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 Resistzenzen 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 Krankenaushygiene ein Ausbruchslabor betrieben, in dem mittels Ganz-Genomanalysen von Patienten- und Umgebung isolaten 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 Referenzzentrums 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.

Darüber hinaus werden Patienten, die von externen Intensivstationen zur weiteren intensivmedizinischen Therapie übernommen werden (zum Beispiel zur Entwöhnung vom Beatmungsgerät), neben dem MRSA-Screening ebenfalls einem Screening auf multiresistente Keime (3/4MRGN) unterzogen, um entsprechende Isolationsmaßnahmen gegebenenfalls aufzunehmen und so eine Verbreitung dieser Erreger zu unterbinden.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Antibiotic Stewardship (ABS)

Für die Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung in der Universitätsklinik Köln wurde bereits 2015 das multidisziplinäre Team zum Antibiotic 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.

Zwei Mitarbeiterinnen der CardioClinic Köln betreuen nach erfolgreichem Abschluss der Fortbildungen als ABS-Expertinnen 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. Insgesamt sind zwei Mitarbeiterinnen als ABS-Expertinnen qualifiziert.

Seit Beginn des Jahres 2025 werden alle neu aufgenommenen Patienten einem Auslandsscreening unterzogen, um entsprechende Isolationsmaßnahmen ggf. aufzunehmen und die Verbreitung multiresistenter Erreger zu unterbinden.

A-12.3.1

Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	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	1

Alle Angaben nach Personen

Hygienekommission

Eine Hygienekommission ist eingerichtet.

Tagungsfrequenz: halbjährlich

Vorsitzende/Vorsitzender

Name	Dr. med. Barbara Limpers
Position	Ärztliche Direktorin
Straße	Buchforststraße 2
PLZ / Ort	51103 Köln
Telefon	0221 985292-21
Telefax	0221 985292-99
E-Mail	limpers@cardioclinic-koeln.de

Die Angaben beziehen sich auf den Stichtag (31. Dezember des Berichtsjahres).



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassozierter 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
- Kopfhaube	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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

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	130,00 ml / Patiententag
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr ja erhoben:	
Wenn ja,	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	19,00 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 (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).	
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	



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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 HAND-KISS ITS-KISS OP-KISS
Eine Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) ist wegen den geringen Fallzahlen nicht möglich, es wird eine interne Auswertung (Einzelfallanalyse) mit Vergleich der KISS-Referenzdaten durchgeführt.		
www.nrz-hygiene.de		
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 2024 mit den Schwerpunkten Händedesinfektion, Basishygiene und Sterilgutlagerung



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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 Beschwerde- management (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerde- bearbeitung, Beschwerdeauswertung). zentral über Muttergesellschaft (Uniklinik Köln)	ja
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden zentral über Muttergesellschaft (Uniklinik 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 Beschwerde- führerinnen 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 www.cardioclinic-koeln.de	ja



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

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

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

Die Angaben beziehen sich auf den Stichtag (31. Dezember des Berichtsjahres).

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

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

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, zum Beispiel 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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- *Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese*

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

- *Medikationsprozess im Krankenhaus*

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, zum Beispiel bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiets, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnisses, Verträglichkeit (inklusive potenzieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- *Entlassung*

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

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)



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
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">- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln <ul style="list-style-type: none">- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z. B. Meona, Rpdoc, AIDKlinik, ID Medics bzw. ID Diacos Pharma)- Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z. B. Unit-Dose-System)
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern <ul style="list-style-type: none">- Fallbesprechungen- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)

Entlassung

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-12.6

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?	nein

A-12.6.1

Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Es werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt.	nein



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-13

Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h ¹
AA01	Angiographiegerät/DAS	Gerät zur Gefäßdarstellung	ja
	in Kooperation mit dem Evangelischen Krankenhaus Köln-Kalk – Kardiologie		
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	ja
	Radiologie Köln Kalk, Praxisgemeinschaft		
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	ja
	bettseitige Verfahren incl. CiCa, Firma Fresenius, intermittierende Verfahren in Kooperation mit der Uniklinik Köln		
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	ja
	Kardiologie Köln, Praxisgemeinschaft mit HK-Labor am Evangelischen Krankenhaus Kalk		
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	ja
	Radiologie Köln Kalk, Praxisgemeinschaft		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	–
	intraoperative Pulmonalvenenisolation (24/7)		

¹ = 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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-14

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

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

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

A-14.1

Teilnahme an einer Notfallstufe

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 3 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	nein



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024

B

Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen



B-1

Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin



Prof. Dr. med. Ivar Friedrich



Prof. Dr. med. P. B. Rahamanian



Dr. med. Jens Bolten

B-1.1

Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin
Hausadresse	Buchforststraße 2 51103 Köln
Internet	www.cardioclinic-koeln.de
§-301-Schlüssel	Herzchirurgie (2190) Hauptabteilung
Chefarzt Herzchirurgie (bis 30.06.2025)	Prof. Dr. med. Ivar Friedrich
Telefon	0221 985292-21
Telefax	0221 985292-99
E-Mail	friedrich@cardioclinic-koeln.de
Chefarzt Herzchirurgie (ab 01.07.2025)	Prof. Dr. med. Parwis B. Rahamanian
Telefon	0221 985292-21
Telefax	0221 985292-99
E-Mail	rahmanian@cardioclinic-koeln.de
Chefarzt Anästhesie und Intensivmedizin	Dr. med. Jens Bolten
Telefon	0221 985292-21
Telefax	0221 985292-99
E-Mail	bolten@cardioclinic-koeln.de



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024

B-1 Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin

Kurzportrait

Die CardioClinic Köln, Klinik für Herzchirurgie, ist ein Tochterunternehmen der Uniklinik Köln, angesiedelt am Evangelischen Krankenhaus Kalk, und steht in enger Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie des Herzzentrums der Uniklinik Köln. Die CardioClinic Köln ist spezialisiert auf herzchirurgische Eingriffe bei Erwachsenen mit einem Schwerpunkt in der Koronar- und Herzklappen-chirurgie. In einem speziell für die Herzchirurgie ausgestatteten Operationssaal werden von einem langjährig erfahrenen Team aus Herzchirurgen, Kardioanästhesisten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Funktionsdienste, Operationsassistenz, Anästhesiepflege und Kardiotechnik jährlich zirka 350 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 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 nahezu ausschließlich über die Zusatzqualifikationen in der Intensivmedizin und über langjährige Erfahrung in der Behandlung herzchirurgischer Patientinnen und Patienten verfügen. Es kommen die 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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
B-1 Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin

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: Ventrikelseptumdefekt, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriß, Ventrikelruptur
VC03	Herzklappenchirurgie
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler bei Erwachsenen
VC05	Schrittmachereingriffe
VC08	Lungenemboliektomie
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	345
Teilstationäre Fallzahl	—
Anzahl Betten	15

B-1.6

Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	139
2	I21	Akuter Herzinfarkt	95
3	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	51
4	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	24



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
B-1 Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
5	I34	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	13
6	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	7
7	I33	Acute oder weniger heftig verlaufende (subakute) Entzündung der Herzklappen	4
8	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	< 4
9	B99	Sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit	< 4
10	I50	Herzschwäche	< 4
13	M96	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	< 4
12	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	< 4
13	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpfanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	< 4
14	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpfanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	< 4
15	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	< 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	512
2	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	323
3	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	148
4	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	124
5	8-641	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen von außen angebrachten Herzschrittmacher	114
6	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	58
7	5-379	Sonstige Operation an Herz bzw. Herzbeutel (Perikard)	51
8	5-351	Ersatz von Herzklappen durch eine künstliche Herzklappe	43
9	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	42
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	41
11	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	39
12	5-38b	Entnahme von Blutgefäßen zur Verpfanzung (Transplantation) im Rahmen einer Spiegelung	35
13	5-371	Operative Beseitigung oder Durchtrennung des erregungsleitenden Gewebes im Herzen bei schnellem und unregelmäßigem Herzschlag	31
14	6-004	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 4 des Prozedurenkatalogs	31
15	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	26



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
B-1 Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
16	5-353	Operation zur Funktionsverbesserung undichter Herzkappen - Valvuloplastik	23
17	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	22
18	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	21
19	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation	15
20	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	14
21	5-354	Sonstige Operation an Herzkappen	12
22	5-373	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Herzens	12
23	8-853	Verfahren zur Blutentgiftung außerhalb des Körpers mit Herauspressen von Giftstoffen - Hämofiltration	12
24	5-362	Operatives Anlegen eines Umgehungsgefäßes bei verengten Herzkrankengefäßen mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	11
25	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	9
26	5-986	Operation mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	9
27	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	9
28	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	7
29	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	7
30	8-851	Operation mit Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine	6

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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
B-1 Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte	12,01	28,73	
Beschäftigungsverhältnis			
- direkt	12,01		
- indirekt	–		
Versorgungsbereich			
- stationär	12,01		
- ambulant	–		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	12,01	28,73	
Beschäftigungsverhältnis			
- direkt	12,01		
- indirekt	–		
Versorgungsbereich			
- stationär	12,01		
- 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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ01	Anästhesiologie
	11 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ärzteteams verfügen über die Facharztqualifikation „Anästhesiologie“
AQ08	Herzchirurgie
	8 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ärzteteams verfügen über die Facharztqualifikation „Herzchirurgie“
AQ12	Thoraxchirurgie
	1 Mitarbeiter verfügt über die Facharztqualifikation „Thoraxchirurgie“

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
	12 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ärzteteams verfügen über die Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“
ZF28	Notfallmedizin
	4 Mitarbeiter verfügen über die Facharztqualifikation „Notfallmedizin“
ZF30	Palliativmedizin
	2 Mitarbeiterinnen verfügen über die Facharztqualifikation „Palliativmedizin“



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
B-1 Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin

Weiterbildungsermächtigungen

Herzchirurgie 2024 ausgesetzt, seit 7/2025 2 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	Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		26,87	12,84
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	20,24		
	- indirekt	6,63		
Versorgungsbereich	- stationär	26,87		
	- ambulant	—		
* = Pflegepersonal der Normalstation des EVKK (5,83), Personalgestellung Funktionsdienst OP (0,08)				
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		0,22	1.568,18
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,22		
	- indirekt	—		
Versorgungsbereich	- stationär	0,22		
	- ambulant	—		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		1,00	345,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,00		
	- indirekt	—		
Versorgungsbereich	- stationär	1,00		
	- 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
B-1 Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP16	Wundmanagement

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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

C Qualitätssicherung



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
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 zur Darstellung nach Krankenhaus und nach Standorten

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

- Universitätsklinikum 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 Universitätsklinikum Köln (mit CardioCliniC Köln) dar. Für die Ist-Anzahl Datensätze werden nur die Datensätze (ohne Minimaldatensätze) für den Standort CardioCliniC Köln (ohne Universitätsklinikum Köln) berücksichtigt.

Modul	Leistungsbereich	Soll-Fallzahl (Krhs.)	Dok.-Rate (Krhs.)	Ist-Anzahl Datens. (Standort)
09/1	Herzschriftermacher-Implantation	311	101,61 %	2
09/2	Herzschriftermacher-Aggregatwechsel	14	107,14 %	0
09/3	Herzschriftermacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	59	106,78 %	0
09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	95	100,00 %	0
09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	7	100,00 %	0
09/6	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	46	104,35 %	0
10/2	Karotis-Revaskularisation	253	100,00 %	0
15/1	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	361	100,28 %	0
16/1	Geburtshilfe	2.052	100,19 %	0
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	23	100,00 %	0
18/1	Mammachirurgie	269	100,37 %	0
CHE	Cholezystektomie	72	100,00 %	0
DEK	Dekubitusprophylaxe	577	101,21 %	8
HCH	Herzchirurgie	1.785	100,56 %	284
- HCH_AK_CHIR	Offen-chirurgische Aortenklappeneingriffe	225	100,44 %	34
- HCH_AK_KATH	Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe		(6)	
- KCH_KC	Koronarchirurgische Operationen	786	100,76 %	262
- HCH_MK_CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	201	98,01 %	19
- HCH_MK_KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	132	100,76 %	0



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

Modul	Leistungsbereich	Soll-Fallzahl (Krhs.)	Dok.-Rate (Krhs.)	Ist-Anzahl Datens. (Standort)
HEP	Hüftendoprothesenversorgung	122	100,00 %	0
– HEP IMP	– Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation	100	100,00 %	0
– HEP WE	– Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	22	100,00 %	0
HTXM	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	⁽³⁾ < 4	100,00 %	0
– HTXM-MKU	– Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	< 4	100,00 %	0
– HTXM-TX	– Zählleistungsbereich Herztransplantation	< 4	100,00 %	0
KEP	Knieendoprothesenversorgung	60	100,00 %	0
– KEP IMP	– Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation	53	100,00 %	0
– KEP WE	– Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	8	100,00 %	0
LLS	Leberlebendspende		(2)	–
LTX	Lebertransplantation	15	100,00 %	0
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation		(2)	–
NEO	Neonatologie	1.209	102,65 %	0
NLS	Nierenlebendspende	36	100,00 %	0
PCI_LKG	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) ⁽⁴⁾	1.357	107,81 %	6
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	70	100,00 %	0
NTX	Nierentransplantation		(1)	(1)

Die Sortierung richtet sich nach den Modulschlüssen.

⁽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 hier laut Gemeinsamem 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).

⁽⁵⁾ = Minimaldatensätze dürfen laut G-BA hier nicht mitgezählt werden. Minimaldatensätze enthalten lediglich administrative Angaben und werden bei besonderen Fallkonstellationen erstellt, die keinen inhaltlich plausiblen und vollständigen QS-Datensatz ermöglichen, um formal die Dokumentationspflicht zu erfüllen. Bei der Berechnung der Dokumentationsrate werden sie laut G-BA dagegen mitgezählt.

⁽⁶⁾ = Im QS-Verfahren Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzkörpern (KCHK) ist die Dokumentationsrate des Zählleistungsbereichs HCH-AK-KATH aufgrund eines Fehlers in der Datensatzbeschreibung und der Schemadatei im Qualitätsbericht der jeweiligen Standorte nicht ausweisbar.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

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 röhrt auch die Bezeichnung einiger Module (Datenerfassungsbogen und Auslösebedingungen) 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
- IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1, 10787 Berlin
iqtig.org
- LAG DeQS NRW – Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft DeQS NRW bei der Ärztekammer Nordrhein
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf
www.lag-nrw.de



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

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

100 Patienten	
10 Patienten über 75 Jahre	10,0 %
2 Patienten mit Komplikation	2,0 %

Beispielkrankenhaus B

100 Patienten	
30 Patienten über 75 Jahre	30,0 %
3 Patienten mit Komplikation	3,0 %

Datenpool (A + B)

200 Patienten	
40 Patienten über 75 Jahre	20,0 %
5 Patienten mit Komplikation	2,5 %

Risikofaktor (Alter)

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

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

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

Beispielkrankenhaus B

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

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.

O / E < 1,00	besser als erwartet
O / E = 1,00	erwartungskonform
O / E > 1,00	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.



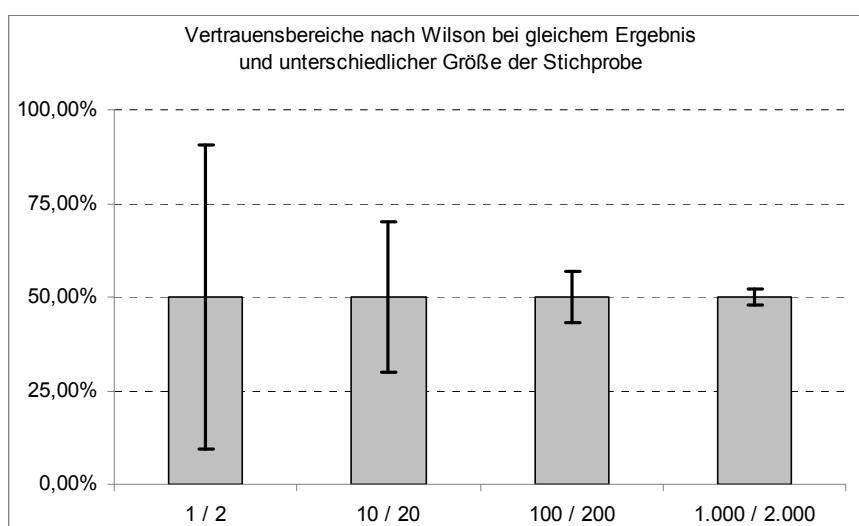
Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

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 Gemeinsamem 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 Hinblick auf eine Veröffentlichung im Strukturierten Qualitätsbericht nach Kategorien bewertet.

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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Verfahren	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	DeQS	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	DeQS	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	DeQS	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig	61	DeQS	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)
		62	DeQS	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		63	DeQS	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	71	DeQS	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
		72	DeQS	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	80	DeQS	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		81	DeQS	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	92	DeQS	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
		99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

DeQS = Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung (DeQS-RL)

Beispiel

Kategorie U = Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig
Einstufung 61 = Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)

=>

Bewertung U61 = Bewertung nach Stellungnahmeverfahren 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 2024
C Qualitätssicherung

Vergleich zum Vorjahr – qualitative Tendenz

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

C-1.2.A

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren

Die Reihenfolge wurde zum Vorjahr geändert. Die Sortierung der Verfahren erfolgt nach den neuen Verfahrensschlüsseln. Die bisherigen Modulbezeichner werden in Klammern an das Ende gestellt, sie sind weiterhin bei der Datenerfassung relevant, während bei Auswertungen die neuen Verfahrensschlüssel genutzt werden.

Verfahren	Bezeichnung	Modul
(CHE)*	Cholezystektomie	CHE
DEK	Dekubitusprophylaxe	DEK
(GYN-OP)*	Gynäkologische Operationen	15/1
(HGV-HEP)*	Hüftendoprothesenversorgung	HEP
(HGV-OSFRAK)*	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	17/1
(HSMDEF-DEFI-AGGW)*	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	09/5
(HSMDEF-DEFI-IMPL)*	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	09/4
(HSMDEF-DEFI-REV)*	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation	09/6
(HSMDEF-HSM-AGGW)*	Herzschriftmacher-Aggregatwechsel	09/2
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschriftmacher-Implantation	09/1
(HSMDEF-HSM-REV)*	Herzschriftmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	09/3
(KAROTIS)*	Karotis-Revaskularisation	10/2
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	HCH
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	HCH
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	HCH
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	HCH
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	HCH
(KEP)*	Knieendoprothesenversorgung	KEP
(MC)*	Mammachirurgie	18/1
(NET-NTX)*	Nierentransplantation	NTX
(NET-PNTX)*	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	PNTX
PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	PCI
(PM-GEBH)*	Geburtshilfe	16/1
(PM-NEO)*	Neonatologie	NEO
(TX-HTX)*	Herztransplantationen	HTXM-TX
(TX-LTX)*	Lebertransplantationen	LTX
(TX-MKU)*	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	HTXM-MKU
(TX-LLS)*	Leberlebendspenden	LLS
(TX-LUTX)*	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	LUTX
(TX-NLS)*	Nierenlebendspenden	NLS

* = Keine Leistungserbringung an der CardioClinic



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

DEK – Dekubitusprophylaxe (Modul DEK)

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 52009 Qualitätsindikator (QI)

1 Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
7 / 2,72 <small>Fallzahl: 355</small>	2,57	1,25 - 5,24	<= 2,45 (95. Perzentil)	◆ <small>eingeschränkt/ nicht vergleichbar</small>
Bundesergebnis	1,06	1,05 – 1,07		

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnameverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

A71 Bewertung nach Stellungnameverfahren als qualitativ auffällig	◆ <small>eingeschränkt/ nicht vergleichbar</small>
--	---

Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel

Kommentar der CardioClinic Köln

In der Kooperation der beiden Standorte werden uns manchmal Patienten zuverlegt, bei denen eine längere Erholungsphase nach OP zu erwarten ist. In einigen Fällen hatten diese Patienten bereits einen Dekubitus entwickelt, der aufgrund der Zuordnungslogik in der QS aber dem entlassenden Krankenhaus zugerechnet wird. Berechnet man den Indikator ohne Zuverlegungen, bleibt er rechnerisch unauffällig.

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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B.

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

DEK – Dekubitusprophylaxe (Modul DEK)

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 52326 Transparenzkennzahl (TKez)

2 Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2

Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 355	1,13 %	0,44 - 2,86 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 0,35 % 0,35 – 0,35

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
—	—	—

Fachlicher Hinweis des IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

DEK – Dekubitusprophylaxe (Modul DEK)

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

ID/Nr. Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

ID 521801 Transparenzkennzahl (TKez)

3 Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3

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

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	k. A. %	-	Nicht definiert	-
Datenschutz ^(x)				

Bundesergebnis	0,06 %	0,06 – 0,06		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren		Vergleich zum Vorjahr	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

DEK – Dekubitusprophylaxe (Modul DEK)

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

ID/Nr. Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

ID 521800 Transparenzkennzahl (TKez)

4 Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet

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
0 / 355	0,00 %	0,00 - 1,07 %	Nicht definiert	-

Bundesergebnis 0,01 % 0,01 – 0,01

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

Fachlicher Hinweis des IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

DEK – Dekubitusprophylaxe (Modul DEK)

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 52010 Qualitätsindikator (QI)

5 Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4

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

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 355	0,00 %	0,00 - 1,07 %	Sentinel Event	→ unverändert

Bundesergebnis 0,00 % 0,00 – 0,00

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

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

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 54143	Qualitätsindikator (QI)

1 Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern

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

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	k. A. %	-	<= 10,00 %	→ unverändert
Bundesergebnis	3,43 %	3,28 – 3,58		
Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr	

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

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

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 101800 Qualitätsindikator (QI)

2 Dosis-Flächen-Produkt

Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,00	0,00 - 7,73	<= 3,30 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	0,99	0,96 – 1,02	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	
Kategorie			Vergleich zum Vorjahr	

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

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

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 52305 Qualitätsindikator (QI)

3 Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich (Art der Festlegung)	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 6	100,00 %	60,97 - 100,00 % => 90,00 %		→ unverändert

Bundesergebnis 96,13 % 96,06 – 96,20

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich ◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

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

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 101801 Qualitätsindikator (QI)

4 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

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

Zähler / Nenner	Ergebnis	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	k. A. %	-	<= 2,60 %
Datenschutz ^(x)			unverändert
Bundesergebnis	0,86 %	0,79 – 0,92	
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren		
R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich		
	<small>eingeschränkt/ nicht vergleichbar</small>		

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

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

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 52311 Qualitätsindikator (QI)

5 Sondendislokation oder -dysfunktion

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,00	0,00 - 33,13	<= 3,43 (95. Perzentil)	◆ <small>eingeschränkt/ nicht vergleichbar</small>
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	0,95	0,89 – 1,01	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	
Kategorie			Vergleich zum Vorjahr	

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

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

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 51191	Qualitätsindikator (QI)
----------	-------------------------

6 Sterblichkeit im Krankenhaus

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,00	0,00 - 15,92	<= 3,38 (95. Perzentil)	◆ <small>eingeschränkt/ nicht vergleichbar</small>
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	0,87	0,82 – 0,93	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	
Kategorie				
R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich				◆ <small>eingeschränkt/ nicht vergleichbar</small>
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

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

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 2194 Qualitätsindikator (QI)

7 Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,00	0,00 - 38,59	<= 2,54 (95. Perzentil)	◆ <small>eingeschränkt/ nicht vergleichbar</small>
Datenschutz ^(x)				

Bundesergebnis	0,99	0,96 – 1,03	
Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW Kategorie im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können





Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

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

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 2195 Qualitätsindikator (QI) Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

8 Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingten Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,00	0,00 - 432,88	<= 5,51 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 0,90 0,78 – 1,03

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

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





Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

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

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 102001 Qualitätsindikator (QI)

9 Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation

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

Zähler / Nenner	Ergebnis	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	- %	- Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 96,97 % 96,31 – 97,51

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (Modul HCH)

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

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 382001	Qualitätsindikator (QI)

ID 382001 Qualitätsindikator (QI)

1 Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,28 Fallzahl: 10	0,00	0,00 - 9,86	<= 2,67 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,04	0,91 – 1,20		
Bewertung durch Expertengremium auf Bundesebene beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr	

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



unverändert

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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (Modul HCH)

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

ID/Nr. Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

ID 382002 Transparenzkennzahl (TKez)

2 Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	k. A. %	-	Nicht definiert	-
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	2,23 %	1,92 – 2,59	Bewertung durch Expertengremium auf Bundesebene beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	
Kategorie				Vergleich zum Vorjahr

Fachlicher Hinweis des IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (Modul HCH)

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

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 382006 Qualitätsindikator (QI)

3 Sterblichkeit im Krankenhaus

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,22 <small>Fallzahl: 10</small>	0,00	0,00 - 12,70	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,94	0,82 – 1,08		
Kategorie	Bewertung durch Expertengremium auf Bundesebene beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren		Vergleich zum Vorjahr	

N02 Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

◆
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (Modul HCH)

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

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 382007 Qualitätsindikator (QI)

4 Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,26 Fallzahl: 10	0,00	0,00 - 10,66	<= 2,09 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,95	0,84 – 1,08		
Bewertung durch Expertengremium auf Bundesebene beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr	

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



unverändert

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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (Modul HCH)

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

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 372002 Qualitätsindikator (QI)

1 Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	–	-	<= 2,17 (95. Perzentil)	–

Bundesergebnis 1,05 0,98 – 1,13

Kategorie	Bewertung durch Expertengremium auf Bundesebene beim IQTIG 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (Modul HCH)

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

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 372006	Qualitätsindikator (QI)

2 Sterblichkeit im Krankenhaus

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	–	-	Nicht definiert	–

Bundesergebnis 1,06 0,97 – 1,15

Kategorie	Bewertung durch Expertengremium auf Bundesebene beim IQTIG 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (Modul HCH)

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

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 372007 Qualitätsindikator (QI)

3 Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	–	-	<= 2,48 (95. Perzentil)	–

Bundesergebnis 1,05 0,98 – 1,13

Kategorie	Bewertung durch Expertengremium auf Bundesebene beim IQTIG 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie (Modul HCH)

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäß) betrifft

ID/Nr. Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

ID 352001 Qualitätsindikator (QI)

1 Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 4,11 Fallzahl: 223	1,46	0,67 - 3,11	<= 1,95 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 1,01 0,93 – 1,09

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich → unverändert

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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie (Modul HCH)

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

ID/Nr. Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

ID 352002 Transparenzkennzahl (TKez)

2 Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 202	2,48 %	1,06 - 5,66 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 4,86 % 4,60 – 5,14

Kategorie	Bewertung durch Expertengremium auf Bundesebene beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
—	—	—

Fachlicher Hinweis des IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie (Modul HCH)

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

ID/Nr. Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

ID 352007 Qualitätsindikator (QI)

3 Sterblichkeit im Krankenhaus

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,89	0,30 - 2,58	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Datenschutz ^(x) Bundesergebnis 1,06 0,98 – 1,14

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

N02 Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

◆
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie (Modul HCH)

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäß) betrifft

ID/Nr. Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

ID 352008 Qualitätsindikator (QI)

4 Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 3,70 Fallzahl: 229	1,08	0,42 - 2,73	<= 2,46 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 1,03 0,96 – 1,10

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich → unverändert

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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

KCHK-MK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (Modul HCH)

Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 402003	Qualitätsindikator (QI)

1	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
---	-------------------------------------	---

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,37	0,00	0,00 - 6,94	<= 3,04 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 8				
Bundesergebnis	1,12	0,98 – 1,28	Bewertung durch Expertengremium auf Bundesebene beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	
Kategorie			Vergleich zum Vorjahr	

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	→ unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

KCHK-MK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (Modul HCH)

Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 402011 Qualitätsindikator (QI)

2 Sterblichkeit im Krankenhaus

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,18	0,00	0,00 - 14,90	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 9				
Bundesergebnis	1,05	0,92 – 1,18	Bewertung durch Expertengremium auf Bundesebene beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	
Kategorie			Vergleich zum Vorjahr	

N02 Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

◆
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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

KCHK-MK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (Modul HCH)

Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 402012 Qualitätsindikator (QI)

3 Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,23 Fallzahl: 9	0,00	0,00 - 11,91	<= 2,29 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,03	0,91 – 1,15		
Bewertung durch Expertengremium auf Bundesebene beim IQTIG Kategorie im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr	

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



unverändert

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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

KCHK-MK-KATH – Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (Modul HCH)

Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 392003 Qualitätsindikator (QI)

1 Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	–	–	<= 3,79 (95. Perzentil)	–
Bundesergebnis	0,90	0,75 – 1,10		
Bewertung durch Expertengremium auf Bundesebene beim IQTIG Kategorie 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

KCHK-MK-KATH – Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (Modul HCH)

Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 392011	Qualitätsindikator (QI)

2 Sterblichkeit im Krankenhaus

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

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

keine Fälle — — Nicht definiert —

Bundesergebnis 0,95 0,83 – 1,08

Kategorie	Bewertung durch Expertengremium auf Bundesebene beim IQTIG 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

KCHK-MK-KATH – Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (Modul HCH)

Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 392012 Qualitätsindikator (QI)

3 Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	—	-	<= 3,14 (95. Perzentil)	—
Bundesergebnis	1,02	0,91 – 1,13		
Kategorie	Bewertung durch Expertengremium auf Bundesebene beim IQTIG 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 56003	Qualitätsindikator (QI)

1 Door-to-balloon-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt

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
keine Fälle	- %	-	>= 75,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	81,10 %	80,65 – 81,55	
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 56004	Qualitätsindikator (QI)

2 Door-Zeitpunkt oder Balloon-Zeitpunkt unbekannt

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

Zähler / Nenner	Ergebnis	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	- %	- $\leq 2,50 \%$	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	1,51 %	1,38 – 1,66	
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 56008	Qualitätsindikator (QI)

3 Dosis-Flächen-Produkt unbekannt

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

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 6	0,00 %	0,01 - 33,04 %	<= 0,25 %	→ unverändert

Bundesergebnis	0,23 %	0,22 – 0,24	
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren		Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

eingeschränkt/
nicht vergleichbar

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 56014	Qualitätsindikator (QI)

4 Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt

Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	k. A. %	-	= 94,54 % (5. Perzentil)	→ unverändert
Bundesergebnis	95,08 %	94,86 – 95,30		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024

C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 56100 Qualitätsindikator (QI)

5 Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI

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

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

keine Fälle	-	-	
--------------------	---	---	--

eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Bundesergebnis	1,09	1,03 – 1,17	
----------------	------	-------------	--

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

N99 Bewertung nicht vorgesehen	
Sonstiges Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgt nur in ausgewählten Fällen ein Stellungnahmeverfahren. Daher ist keine Beurteilung vorgesehen.	eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 56101	Qualitätsindikator (QI)

6 Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie

Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich (Art der Festlegung)	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	-	-	◆	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,03	1,00 – 1,06		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren		Vergleich zum Vorjahr	

N99	Bewertung nicht vorgesehen	◆
Sonstiges	Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgt nur in ausgewählten Fällen ein Stellungnahmeverfahren. Daher ist keine Beurteilung vorgesehen.	eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 56103	Qualitätsindikator (QI)

7 Prozessbegleitende Koordination der Versorgung

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

	Ergebnis	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
--	----------	--	----------------------------

keine Fälle	- Punkte	- Punkte	
			eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 89,18 Punkte 89,06 – 89,29

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

N99	Bewertung nicht vorgesehen	
Sonstiges Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgt nur in ausgewählten Fällen ein Stellungnahmeverfahren. Daher ist keine Beurteilung vorgesehen.		eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 56104	Qualitätsindikator (QI)

8 Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals

Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten

Ergebnis	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
----------	--	----------------------------

keine Fälle	– Punkte	- Punkte		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
--------------------	-----------------	----------	--	--------------------------------------

Bundesergebnis 86,68 Punkte 86,60 – 86,76

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

N99 Bewertung nicht vorgesehen		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Sonstiges Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgt nur in ausgewählten Fällen ein Stellungnahmeverfahren. Daher ist keine Beurteilung vorgesehen.		

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 56105	Qualitätsindikator (QI)

9 Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte

Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machten

Ergebnis	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
----------	--	----------------------------

keine Fälle	– Punkte	- Punkte		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
--------------------	-----------------	----------	--	--------------------------------------

Bundesergebnis	85,11 Punkte	85,05 – 85,17	
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren		Vergleich zum Vorjahr

N99 Bewertung nicht vorgesehen		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Sonstiges Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgt nur in ausgewählten Fällen ein Stellungnahmeverfahren. Daher ist keine Beurteilung vorgesehen.		

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 56106	Qualitätsindikator (QI)

10 Patienteninformation vor der elektiven Prozedur

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

Ergebnis	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
----------	--	----------------------------

keine Fälle	– Punkte	- Punkte	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
--------------------	-----------------	----------	--------------------------------------

Bundesergebnis 75,09 Punkte 74,95 – 75,23

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

N99 Bewertung nicht vorgesehen	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
---------------------------------------	--------------------------------------

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 56107	Qualitätsindikator (QI)

11 Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur

Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert

Ergebnis	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
----------	--	----------------------------

keine Fälle	– Punkte	- Punkte	
			eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	89,65 Punkte	89,36 – 89,94	
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren		Vergleich zum Vorjahr

N99	Bewertung nicht vorgesehen	
Sonstiges	Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgt nur in ausgewählten Fällen ein Stellungnahmeverfahren. Daher ist keine Beurteilung vorgesehen.	eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 56108	Qualitätsindikator (QI)

12 Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten

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

Ergebnis	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
----------	--	----------------------------

keine Fälle	– Punkte	- Punkte	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
--------------------	-----------------	----------	---

Bundesergebnis	80,49 Punkte	80,28 – 80,70	
----------------	--------------	---------------	--

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

N99 Bewertung nicht vorgesehen	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Sonstiges Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgt nur in ausgewählten Fällen ein Stellungnahmeverfahren. Daher ist keine Beurteilung vorgesehen.	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 56109	Qualitätsindikator (QI)
----------	-------------------------

13 Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur

Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor

Ergebnis	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
----------	--	----------------------------

keine Fälle	– Punkte	- Punkte	
			eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	84,20 Punkte	84,01 – 84,39	
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren		Vergleich zum Vorjahr

N99	Bewertung nicht vorgesehen	
Sonstiges	Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgt nur in ausgewählten Fällen ein Stellungnahmeverfahren. Daher ist keine Beurteilung vorgesehen.	eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 56110	Qualitätsindikator (QI)

14 Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur

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

Ergebnis	Referenzbereich (bundesweit) Vertrauensbereich (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	- Punkte - Punkte	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 91,25 Punkte 91,02 – 91,49

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

N99 Bewertung nicht vorgesehen

Sonstiges
Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgt nur in ausgewählten Fällen ein Stellungnahmeverfahren. Daher ist keine Beurteilung vorgesehen.

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 56111	Qualitätsindikator (QI)
----------	-------------------------

15 Patienteninformation nach der Prozedur

Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung

Ergebnis	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
----------	--	----------------------------

keine Fälle	– Punkte	- Punkte	
			eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	79,82 Punkte	79,64 – 80,01
----------------	--------------	---------------

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

N99 Bewertung nicht vorgesehen	
Sonstiges Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgt nur in ausgewählten Fällen ein Stellungnahmeverfahren. Daher ist keine Beurteilung vorgesehen.	eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 56112	Qualitätsindikator (QI)

16 Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI

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

Ergebnis	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
----------	--	----------------------------

keine Fälle	– Punkte	- Punkte	
			eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	61,62 Punkte	61,39 – 61,85	
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren		Vergleich zum Vorjahr

N99 Bewertung nicht vorgesehen	
Sonstiges Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgt nur in ausgewählten Fällen ein Stellungnahmeverfahren. Daher ist keine Beurteilung vorgesehen.	eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 56113	Qualitätsindikator (QI)

17 Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI

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

Ergebnis	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
----------	--	----------------------------

keine Fälle	– Punkte	- Punkte	
			eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	49,11 Punkte	48,50 – 49,70
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

N99 Bewertung nicht vorgesehen	
Sonstiges Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgt nur in ausgewählten Fällen ein Stellungnahmeverfahren. Daher ist keine Beurteilung vorgesehen.	eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 56114	Qualitätsindikator (QI)

18 Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI

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

Ergebnis	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
----------	--	----------------------------

keine Fälle	– Punkte	- Punkte		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
--------------------	-----------------	----------	--	--------------------------------------

Bundesergebnis	91,88 Punkte	91,32 – 92,42	
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren		Vergleich zum Vorjahr

N99 Bewertung nicht vorgesehen		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Sonstiges Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgt nur in ausgewählten Fällen ein Stellungnahmeverfahren. Daher ist keine Beurteilung vorgesehen.		

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 56115	Qualitätsindikator (QI)

19 Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung

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

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

keine Fälle	- Punkte	- Punkte		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
--------------------	-----------------	----------	--	--------------------------------------

Bundesergebnis 78,26 Punkte 77,99 – 78,54

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

N99 Bewertung nicht vorgesehen		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
---------------------------------------	--	--------------------------------------

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 56116	Qualitätsindikator (QI)

20 Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle

Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde

Ergebnis	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
----------	--	----------------------------

keine Fälle	– Punkte	- Punkte		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
--------------------	-----------------	----------	--	--------------------------------------

Bundesergebnis	93,53 Punkte	93,34 – 93,71	
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren		Vergleich zum Vorjahr

N99 Bewertung nicht vorgesehen		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Sonstiges Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgt nur in ausgewählten Fällen ein Stellungnahmeverfahren. Daher ist keine Beurteilung vorgesehen.		

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
ID 56117	Qualitätsindikator (QI)

21 Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur

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

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

keine Fälle	–	–	◆	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
--------------------	----------	----------	----------	--------------------------------------

Bundesergebnis	1,02	1,00 – 1,04	
----------------	------	-------------	--

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

N99 Bewertung nicht vorgesehen	◆	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Sonstiges Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgt nur in ausgewählten Fällen ein Stellungnahmeverfahren. Daher ist keine Beurteilung vorgesehen.		

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

ID/Nr.	Kennzahlart, Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
--------	--

ID 56118	Qualitätsindikator (QI)
----------	-------------------------

22 Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI

Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

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

keine Fälle	-	-		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
--------------------	---	---	--	--------------------------------------

Bundesergebnis	0,99	0,97 – 1,01		
----------------	------	-------------	--	--

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

N99 Bewertung nicht vorgesehen	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Sonstiges Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgt nur in ausgewählten Fällen ein Stellungnahmeverfahren. Daher ist keine Beurteilung vorgesehen.	

Fachlicher Hinweis des IQTIG	
------------------------------	--

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

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

Im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18. Juni 2025 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 18. Juni 2025 ist eine Veröffentlichung dieser Ergebnisse nicht vorgesehen.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

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) ¹	20
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	17
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben ²	14

¹ 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)

² 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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad ¹	Ausnahmetatbestände
Intensivmedizin	CardioCliniC Intensiv	Tag	100 %	0
Intensivmedizin	CardioCliniC Intensiv	Nacht	100 %	0
Herzchirurgie	CardioCliniC Normalstation	Tag	100 %	0
Herzchirurgie	CardioCliniC Normalstation	Nacht	100 %	0

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

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad ¹
Intensivmedizin	CardioCliniC Intensiv	Tag	98,36 %
Intensivmedizin	CardioCliniC Intensiv	Nacht	98,09 %
Herzchirurgie	CardioCliniC Normalstation	Tag	73,50 %
Herzchirurgie	CardioCliniC Normalstation	Nacht	100,00 %

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

C-9

Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltszahlen zur Personalbemessung.

Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.

Für das Berichtsjahr 2024 gilt im ersten und zweiten Quartal ein Umsetzungsgrad von 95 % und im dritten und vierten Quartal ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Trifft nicht zu.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
C Qualitätssicherung

C-10

Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen.

Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet.	nein



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024

D

Qualitätsmanagement



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
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 Berufswege 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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024

D Qualitätsmanagement

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 einrichtungsinternen 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 Lenkungskommissionen der Uniklinik vertreten. In diesem Rahmen werden auch die Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitäts sicherung nach SGB V der Bundesebene, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), und der Landesgeschäftsstelle Qualitäts sicherung 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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024

D Qualitätsmanagement

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 basierend auf den WHO Vorgaben inklusive Team-Time-Out-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.

Es werden regelmäßig M&M (Mortalitäts- und Morbiditäts)-Konferenzen durchgeführt. Diese werden sowohl intern als auch gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Köln durchgeführt.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
D Qualitätsmanagement

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
D Qualitätsmanagement

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 gefahrengeneigt, 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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
D Qualitätsmanagement

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 anonymer 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. Zusätzlich besteht durch ein vertrauensvolles und offenes Miteinander im Team die Möglichkeit die Aufarbeitung 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.



CARDIOCLINIC KÖLN

Klinik für Herzchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024

D Qualitätsmanagement

- 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 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 eines Falls, werden anhand der Krankenakte zur Ermittlung der DRG-Fallpauschale für die Abrechnung erfasst, ein „Fall wird kodiert“.

ICD – Diagnosen

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

OPS – Operationen

Operationen- und Prozeduren-Schlüssel nach Paragraph 301 SGB V

Dabei müssen die verpflichtenden Deutschen Koderrichtlinien 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 gesetzlich verpflichtend an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt. Dort werden diese Daten zur Anpassung der Vergütungsregeln (DRG – Diagnosis Related Groups) eingesetzt.

Es werden für diesen Bericht nur die Hauptdiagnosen eines Falls berücksichtigt.

Daten zu ambulanten, somatischen Fällen sind im Datensatz nach § 21 KHEntgG nicht enthalten und sollen gemäß der Vorgabe des Gemeinsamen Bundesauschusses (G-BA) in den Top-Listen zu den ICD- und OPS-Codes auch nicht mitgezählt werden.

Top-Listen zu ICD-Codes

Neu ab Berichtsjahr 2024 ist die Berücksichtigung auch der teilstationären Fälle.

Die Fachabteilungszuordnung der Hauptdiagnose nach ICD ist anhand der entlassenen Fachabteilung umgesetzt. Damit ergeben sich geringe Verschiebungen zum internen Berichtswesen des Universitätsklinikums 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 leistungsbringenden 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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024

Hinweise zur Datengrundlage

Regelbasierte OPS-Zuordnung

Für den Strukturierten Qualitätsbericht 2006 wurde erstmalig die Zuordnung der OPS-Codes zur erbringenden Fachabteilung 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, bei 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 KHEntG 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.

Projektleitung
Zentralbereich Medizinische Synergien
Dr. med. Martin Klein
03.12.2025



Impressum

Verantwortliche für den Qualitätsbericht

Ärztlicher Direktor

Dr. med. Jens Bolten
CardioClinic Köln

Hausanschrift: Buchforststraße 2, 51103 Köln
Telefon 0221 985292-21
Telefax 0221 985292-99
E-Mail bolten@cardioclinic-koeln.de

Redaktionelle Bearbeitung

Projektleitung
Dr. med. Stefanie Reinhardt
Chefärztin Herzchirurgie

Telefon 0221 985292-21
Telefax 0221 985292-99
E-Mail reinhardt@cardioclinic-koeln.de

Redaktionelle Mitarbeit
Georg Hornbach (Geschäftsführer)
Prof. Dr. med. P. B. Rahmianian (Chefarzt Herzchirurgie)
Dr. med. Stefanie Reinhardt (Chefärztin Herzchirurgie)
Dr. med. Jens Bolten (Chefarzt Anästhesiologie und Intensivmedizin)
Dr. med. Nicole Dagli Orti (Leitende Oberärztin Anästhesiologie und Intensivmedizin)
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
Manfred Schröder (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 bis 31.12.2024)
Dr. rer. nat. Thomas Groß (Leiter Zentralbereich Medizinische Synergien)

Laiensprachliche Übersetzungen zu ICD- und OPS-Katalogen
Bertelsmann Stiftung (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)

Strukturierte Qualitätsberichte der CardioClinic Köln (PDF) 2020 – 2024
www.cardioclinic-koeln.de/qualitaetsberichte



CARDIOCLINIC KÖLN

Klinik für Herzchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024
Impressum

Strukturierte Qualitätsberichte der Uniklinik Köln (PDF) 2009 – 2024
www.uk-koeln.de/qualitaetsberichte