



INHALTSVERZEICHNIS

	Einleitung	6
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	8
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	8
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	9
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	12
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	13
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	16
A-9	Anzahl der Betten	17
A-10	Gesamtfallzahlen	17
A-11	Personal des Krankenhauses	17
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	22
A-13	Besondere apparative Ausstattung	36
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	36
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	38
B-[1500]	Allgemeine Chirurgie	38
B-[1500].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	38
B-[1500].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	39
B-[1500].3	Medizinische Leistungsangebote der	39

Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[1500].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	43
B-[1500].6	Hauptdiagnosen nach ICD	44
B-[1500].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	46
B-[1500].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	49
B-[1500].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	50
B-[1500].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	53
B-[1500].11	Personelle Ausstattung	53
B-[0100]	Innere Medizin	58
B-[0100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	58
B-[0100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	59
B-[0100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	59
B-[0100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	64
B-[0100].6	Hauptdiagnosen nach ICD	64
B-[0100].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	66
B-[0100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	69
B-[0100].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	72
B-[0100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	72
B-[0100].11	Personelle Ausstattung	72
B-[2600]	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	77
B-[2600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	77
B-[2600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	77
B-[2600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	78

B-[2600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	80
B-[2600].6	Hauptdiagnosen nach ICD	80
B-[2600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	80
B-[2600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	81
B-[2600].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	81
B-[2600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	81
B-[2600].11	Personelle Ausstattung	82
B-[0300]	Kardiologie	85
B-[0300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	85
B-[0300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	85
B-[0300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	86
B-[0300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	87
B-[0300].6	Hauptdiagnosen nach ICD	88
B-[0300].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	89
B-[0300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	90
B-[0300].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	90
B-[0300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	91
B-[0300].11	Personelle Ausstattung	91
B-[3600]	Anästhesie und Intensivmedizin	94
B-[3600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	94
B-[3600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	94
B-[3600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	95
B-[3600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	95

B-[3600].6	Hauptdiagnosen nach ICD	95
B-[3600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	96
B-[3600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	97
B-[3600].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	97
B-[3600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	97
B-[3600].11	Personelle Ausstattung	97
C	Qualitätssicherung	101
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	101
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	176
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	176
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	176
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	178
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	178
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	179
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	179
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	181

Einleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

das DRK-Krankenhaus Clementinenhaus ist ein Haus der Grund- und Regelversorgung mit 195 Betten in der Landeshauptstadt Hannover – und steht seit über 150 Jahren für medizinische Kompetenz, menschliche Nähe und gesellschaftliches Engagement.

In den vergangenen zwei Jahrzehnten hat sich das Clementinenhaus kontinuierlich weiterentwickelt. Mit einer Patientenzufriedenheit von über 90 Prozent zählt es zu den beliebtesten Kliniken der Region Hannover. Unsere mehrfach zertifizierten Zentren, die hohe Versorgungsqualität und das außergewöhnliche Engagement unseres Teams machen uns zu einer verlässlichen Adresse für moderne Medizin.

Patientinnen und Patienten sollen sich bei uns jederzeit auf eine hervorragende Behandlung verlassen können – getragen von der engen, interprofessionellen Zusammenarbeit aller Berufsgruppen. Durch fortlaufende bauliche und strukturelle Modernisierungen schaffen wir die Voraussetzungen die Qualität unserer Gesundheitsdienstleistungen stetig zu steigern.

Unser Erfolgsfaktor wird geprägt durch die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit unseren Kooperationspartnerinnen und -partnern. Gemeinsam gelingt es uns medizinische, pflegerische und therapeutische Leistungen auf hohem Niveau anzubieten und damit die Qualität unserer Gesundheitsdienstleistungen nachhaltig zu stärken.

Mit freundlichen Grüßen
Ralf Benninghoff

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführung
Titel, Vorname, Name	Ralf Benninghoff
Telefon	0511 3394 3202
Fax	0511 3394 3326
E-Mail	info@clementinenhaus.de

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Abteilungsleitung Controlling
Titel, Vorname, Name	Susanne Eike
Telefon	0511 3394 3308
Fax	0511 3394 3326
E-Mail	seike@clementinenhaus.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	http://www.clementinenhaus.de/
--	---

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	DRK-Krankenhaus Clementinenhaus
PLZ	30161
Ort	Hannover
Straße	Lützerodestraße
Hausnummer	1
IK-Nummer	260320494
Standort-Nummer	771605000
Telefon-Vorwahl	0511
Telefon	33940
E-Mail	info@clementinenhaus.de
Krankenhaus-URL	http://www.clementinenhaus.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Pflegedienstleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Manuela Friesdorf
Telefon	0511 3394 3257
Fax	0511 3394 3754
E-Mail	mfriesdorf@clementinenhaus.de
Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kaufmännische Leitung
Titel, Vorname, Name	Lothar Fricke
Telefon	0511 3394 3208

Fax	0511 3394 3326
E-Mail	lfricke@clementinenhaus.de
Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Leitung, Chefarzt Anästhesie - Intensivmedizin
Titel, Vorname, Name	Dr. Mathias Gnielinski
Telefon	0511 3394 3300
Fax	0511 3394 3511
E-Mail	nprinz@clementinenhaus.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	DRK-Krankenhaus Clementinenhaus - Stiftung des bürgerlichen Rechts -
Träger-Art	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Akademisches Lehrkrankenhaus
-----------------	------------------------------

Name der Universität

FOM Hannover
Medizinische Hochschule Hannover

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	<p>MP51 - Wundmanagement</p> <p><i>Für die Behandlung von chronischen Wunden steht ein interdisziplinär besetztes Wundteam zur Verfügung.</i></p>
	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
2	<i>Im Rahmen der Behandlung können verschiedene diagnosebezogene Therapien durch Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten durchgeführt werden.</i>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
3	<p>MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege</p> <p><i>Im Rahmen von Kooperationen besteht eine enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Pflegeeinrichtungen unterschiedlicher Zielsetzung.</i></p> <p>MP63 - Sozialdienst</p>
4	<p><i>Im Rahmen unserer interdisziplinären Behandlung steht entsprechendes Fachpersonal den Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen zur Verfügung. Sie unterstützen bei Pflegeüberleitung und bei sozialen und sozialrechtlichen Fragen.</i></p>
5	<p>MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung</p> <p><i>Im Rahmen der Behandlung können verschiedene Trainings- und Beratungsansätze durch speziell fortgebildete Pflegefachkräfte durchgeführt werden.</i></p> <p>MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie</p>
6	<p><i>Im Rahmen der Behandlung können verschiedene diagnosebezogene Ergotherapien durchgeführt werden.</i></p>
7	<p>MP53 - Aromapflege/-therapie</p> <p><i>Im Rahmen der individuellen Pflege findet die Aromapflege Anwendung.</i></p> <p>MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege</p>
8	<p><i>Im Rahmen unserer interdisziplinären Behandlung steht entsprechendes Fachpersonal den Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen zur Verfügung.</i></p>
9	<p>MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege</p> <p><i>Auf unseren Allgemeinpflegestationen wird das Pflegesystem der Bereichs- / Bezugspflege praktiziert. Aspekte der "primären Pflege" finden Anwendung.</i></p> <p>MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik</p>
10	<p><i>Im Rahmen der Behandlung sowie nachstationären Versorgung stehen entsprechende Hilfsmittel bzw. Kooperationspartner zur Verfügung.</i></p>
11	<p>MP04 - Atemgymnastik/-therapie</p> <p><i>Im Rahmen der Behandlung können verschiedene diagnosebezogene Therapien durch Mitarbeitende der Physiotherapie durchgeführt werden.</i></p> <p>MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen</p>
12	<p><i>Im Rahmen unseres Adipositaszentrums finden regelmäßig Treffen der Selbsthilfegruppe in unserem Hause statt.</i></p>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
13	<p>MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)</p> <p><i>Im Rahmen der Behandlung können verschiedene diagnosebezogene Physiotherapien durchgeführt werden. Speziell ausgebildete Pflegefachkräfte stehen zur Verfügung.</i></p> <p>MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit</p>
14	<p><i>Im Rahmen unserer Informationsreihe "Wissen über Gesundheit und Krankheit" können sich interessierte Bürgerinnen und Bürger in einem Vortrag mit anschließender Diskussion persönlich bei unseren Fachärzten informieren.</i></p>
15	<p>MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden</p> <p><i>Ein interdisziplinäres klinisches Ethikkomitee steht unseren Mitarbeitenden, Patientinnen und Patienten bei ethischen Fragestellungen im Rahmen der Patientenversorgung entsprechend unserem Leitbild zur Verfügung.</i></p>
16	<p>MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie</p> <p><i>Im Rahmen der Behandlung können verschiedene diagnosebezogene Physiotherapien durchgeführt werden.</i></p>
17	<p>MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie</p> <p><i>Im Rahmen der Behandlung können verschiedene diagnosebezogene Physiotherapien durchgeführt werden.</i></p>
18	<p>MP25 - Massage</p> <p><i>Im Rahmen der Behandlung können verschiedene diagnosebezogene Physiotherapien durchgeführt werden.</i></p>
19	<p>MP24 - Manuelle Lymphdrainage</p> <p><i>Im Rahmen der Behandlung können verschiedene diagnosebezogene Physiotherapien durchgeführt werden.</i></p>
20	<p>MP14 - Diät- und Ernährungsberatung</p> <p><i>Im Rahmen der Behandlung können entsprechende Ernährungsberatungen und -therapien mit unserem Kooperationspartner durchgeführt werden.</i></p>
21	<p>MP45 - Stomatherapie/-beratung</p> <p><i>Im Rahmen der Behandlung wird eine stomatherapeutische Betreuung vorgehalten.</i></p>
22	<p>MP37 - Schmerztherapie/-management</p> <p><i>Im Rahmen der Behandlung findet eine individuelle Schmerztherapie / ein individuelles Schmerzmanagement statt.</i></p>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
23	<p>MP21 - Kinästhetik</p> <p><i>Die Aspekte der Kinästhetik finden im Rahmen der Pflege statt.</i></p>
24	<p>MP26 - Medizinische Fußpflege</p> <p><i>Die Leistung wird auf Wunsch von externen Dienstleistern durchgeführt.</i></p>
25	<p>MP28 - Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie</p> <p><i>Im Rahmen unseres Schmerzmanagement können homöopathische Mittel eingesetzt werden.</i></p>
26	<p>MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie</p> <p><i>Im Rahmen der Behandlung wird eine logopädische Therapie vorgehalten.</i></p>
27	<p>MP06 - Basale Stimulation</p> <p><i>Im Rahmen der Pflege können Methoden der Basalen Stimulation angewendet werden.</i></p>
28	<p>MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot</p> <p><i>Nach Leitlinien der Aktivierend-therapeutischen Pflege (ATP-G) werden geriatrische Patientinnen und Patienten behandelt.</i></p>
29	<p>MP02 - Akupunktur</p> <p><i>Im Rahmen der Schmerztherapie können Akupunkturen durchgeführt werden.</i></p>
30	<p>MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen</p> <p><i>Für die Behandlung von Adipositaspatientinnen und -patienten steht für die Koordination des gesamten bariatrischen Prozessablaufes sowie deren Beratung eine ausgebildete Pflegeexpertin für Adipositas und Bariatric zur Verfügung.</i></p>
31	<p>MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie</p> <p><i>Im Rahmen der Behandlung können verschiedene diagnosebezogene Physiotherapien durchgeführt werden.</i></p>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	<p>NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen</p> <p><i>Es besteht eine enge Kooperation mit der Selbsthilfegruppe "Adipositas".</i></p>

#	Leistungsangebot
	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
2	<i>Es wird eine individuelle Ernährungsberatung durch eine Diätassistenz sowie ein therapeutisches Ernährungsmanagement (PubliCare) angeboten. Es steht ein breites Angebot an Kostformen bereit, sodass individuelle Ernährungswünsche berücksichtigt werden können.</i>
	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
3	<i>Auf allen Ebenen stehen entsprechende Zimmer zur Verfügung.</i>
	NM40: Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
4	<i>Durch die Unterstützung unserer "Ehrenamtlichen" bieten wir einen entsprechenden Service an.</i>
	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
5	<i>Auf den Ebenen stehen entsprechende Zimmer zur Verfügung.</i>
	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
6	<i>Die Unterbringung einer Begleitperson ist bei Bedarf nach Absprache mit dem Behandlungsteam i.d.R. möglich.</i>
	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
7	<i>Im Rahmen unserer Informationsreihe "Wissen über Gesundheit und Krankheit" können sich Interessierte in einem Vortrag mit anschließender Diskussion persönlich bei unseren Fachärztinnen und Fachärzten informieren.</i>
	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
8	<i>Evangelische Krankenhausesseelsorge. Die Kapelle ist für alle Religionen offen.</i>
	NM68: Abschiedsraum
9	<i>Es besteht ein Raum, in dem die Angehörigen in angemessenem Ambiente von den Verstorbenen Abschied nehmen können.</i>
	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)
10	<i>Patienten-W-Lan steht ebenso wie Telefone zur Verfügung. Aufenthaltsräume bestehen auf allen Stationen. Kostenfreie Fernseher befinden sich in jedem Patientenzimmer.</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Abteilungsleitung Sozialdienst
Titel, Vorname, Name	Ulrike Schumacher
Telefon	0511 3394 2693
Fax	0511 3394 3521
E-Mail	Sozialdienst@clementinenhaus.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	<p>BF11 - Besondere personelle Unterstützung</p> <p><i>Im Bereich der Geriatrie gibt es besondere personelle Unterstützung durch Pflegekräfte, die eine Fachweiterbildung zu geriatrisch relevanten Themenkomplexen absolviert haben. Die Inhalte spiegeln sich u.a. in den Themenbereichen "Integrative Validation" sowie gerontopsychiatrischen Grundlagen wider.</i></p>
2	<p>BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)</p> <p><i>Unsere Fahrstühle sind entsprechend ausgestattet.</i></p>
3	<p>BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen</p> <p><i>Die Zugänge zu den Serviceeinrichtungen sind entsprechend ausgestattet.</i></p>
4	<p>BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen</p> <p><i>Rollstuhlgerechte Toiletten stehen unseren Besucherinnen und Besuchern zur Verfügung.</i></p>
5	<p>BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)</p> <p><i>Im Rahmen der Behandlung in unserem Adipositaszentrum stehen entsprechende Betten zur Verfügung.</i></p>
6	<p>BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen</p> <p><i>In allen Patientenzimmern stehen rollstuhlgerechte Toiletten und Duschen zur Verfügung.</i></p>
7	<p>BF15 - Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung</p> <p><i>Auf der geriatrischen Behandlungsebene sind die baulichen Strukturen für die Behandlung dieser Patientengruppe vorhanden.</i></p>

#	Aspekte der Barrierefreiheit
8	<p>BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung</p> <p><i>Im Pflegedienst stehen Mitarbeitende mit der entsprechenden Fachexpertise zur Verfügung.</i></p>
9	<p>BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenhilfen</p> <p><i>Im Rahmen der Behandlung in unserem Adipositaszentrum stehen entsprechende Hilfsgeräte zur Verfügung.</i></p>
10	<p>BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe</p> <p><i>Im Rahmen der Behandlung in unserem Adipositaszentrum stehen entsprechende Hilfsmittel zur Verfügung.</i></p>
11	<p>BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische</p> <p><i>Im Rahmen der Behandlung in unserem Adipositaszentrum stehen entsprechende OP-Einrichtungen zur Verfügung.</i></p>
12	<p>BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße</p> <p><i>Im Rahmen der Behandlung in unserem Adipositaszentrum stehen entsprechende Röntgeneinrichtungen zur Verfügung.</i></p>
13	<p>BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten</p> <p><i>Im Rahmen der Behandlung in unserem Adipositaszentrum stehen entsprechende Untersuchungsgeräte zur Verfügung.</i></p>
14	<p>BF23 - Allergenarme Zimmer</p> <p><i>Alle Patienten und Behandlungsräume sind allergenarm und entsprechend der Hygienerichtlinien eingerichtet.</i></p>
15	<p>BF24 - Diätetische Angebote</p> <p><i>Im Rahmen der Behandlungen wird ein umfassendes diätetisches Angebot zur Verfügung gestellt.</i></p>
16	<p>BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal</p> <p><i>Im Behandlungsteam stehen Mitarbeitende mit verschiedenen Fremdsprachenkenntnissen zur Verfügung.</i></p>

#	Aspekte der Barrierefreiheit
17	<p>BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung</p> <p><i>Ein optimiertes Patientenleitsystem ist vorhanden.</i></p>
18	<p>BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung</p> <p><i>Zur Religionsausübung steht unsere Kapelle allen Konfessionen zur Verfügung.</i></p>
19	<p>BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen</p> <p><i>Alle Bereiche im Krankenhaus sind barrierefrei erreichbar.</i></p>
20	<p>BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen</p> <p><i>Der Eingangsbereich ist barrierefrei erreichbar.</i></p>

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	<p>FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)</p> <p><i>Studierende haben die Möglichkeit, an unserer Klinik ihre Famulatur abzuleisten. Seit 2018 ist das DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Akademisches Lehrkrankenhaus der MH-Hannover für die Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie sowie Akademisches Lehrkrankenhaus Pflege der FOM Hannover.</i></p>
2	<p>FL02 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen</p> <p><i>Es besteht eine Kooperation mit der Hochschule Hannover.</i></p>

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	<p>HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin</p> <p><i>Im Rahmen einer Kooperation mit einer physiotherapeutischen Praxis werden Auszubildende eingesetzt.</i></p>

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
	HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
2	<i>Der letzte Ausbildungskurs zu Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin endet im Juli 2022.</i>
	HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
3	<i>In der Berufsfachschule Pflege Clementinenhaus stehen 150 Ausbildungsplätze, davon 75 für das DRK-Krankenhaus Clementinenhaus zur Verfügung.</i>

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	195
---------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	11415
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	7059
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt				67,44
Beschäftigungsverhältnis	Mit	63,31	Ohne	4,13
Versorgungsform	Ambulant	3,19	Stationär	64,25

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				42,52
Beschäftigungsverhältnis	Mit	39,57	Ohne	2,95
Versorgungsform	Ambulant	3,19	Stationär	39,33

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt 2

Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				1,87
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	1,37

- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				1,87
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	1,37

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind:

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

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

Gesamt				185,75
Beschäftigungsverhältnis	Mit	185,12	Ohne	0,63
Versorgungsform	Ambulant	10,1	Stationär	175,65

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				16,14
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	8,07	Stationär	8,07

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

Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				3,04
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,04

Pflegeschwestern und Pflegefachmänner (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt				29,88
Beschäftigungsverhältnis	Mit	29,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,74	Stationär	29,14

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				0,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,4	Stationär	0,4

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				8,39
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,39 ¹⁾	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,39

1) Inklusive Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 2 Jahre)

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

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

Gesamt				28,88
Beschäftigungsverhältnis	Mit	28,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,6	Stationär	28,28

Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				1,2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,2	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0,6	Stationär	0,6
-----------------	----------	-----	-----------	-----

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

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				17,22
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,22	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,19	Stationär	15,03
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				4,38
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,38	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,19	Stationär	2,19

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Gesamt				1,83
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,83

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	2
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

SP14 - Logopädin und Logopäd/Klinischer Linguistin und Klinische Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	1
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				9
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	9
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9

SP22 - Podologin und Podologe (Fußpflegerin und Fußpfleger)

Gesamt				0,97
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,97

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				0,57
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,57	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,57

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				2,85
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,85

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Gesamt				0,13
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,13

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Gesamt				4,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,6

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				11,25
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,25

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

SP55 - Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)

Gesamt				5,16
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,16	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,75	Stationär	4,41

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

Gesamt				13,28
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	13,28
Versorgungsform	Ambulant	6,64	Stationär	6,64

SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation

Gesamt				3,58
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,58	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,58

SP61 - Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik

Gesamt				43,37
Beschäftigungsverhältnis	Mit	43,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	43,37

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführung
Titel, Vorname, Name	Ralf Benninghoff
Telefon	0511 3394 3202
Fax	0511 3394 3326
E-Mail	info@clementinenhaus.de

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungs-gremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht

Ja

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Geschäftsführung, Ärztliche Leitung, Kaufmännische Leitung, Pflegedienstleitung, alle Chefärzte des DRK-Krankenhaus Clementinenhaus, Ärztliche Leitung Zentrale Notaufnahme, Ärztliche Leitung Orthopädie I, Ärztliche Leitung Kardiologie II

Tagungsfrequenz des Gremiums

monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungs-gremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Geschäftsführung, Ärztliche Leitung, Kaufmännische Leitung, Pflegedienstleitung, Stabs. Sicherheit und Information, Abteilungsleitung Controlling, Abteilungsleitung Personalabteilung, Abteilungsleitung Wirtschaft und Versorgung, Externer Compliancebeauftragter, Stabs. Innovation und Digitalisierung

Tagungsfrequenz des Gremiums

halbjährlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	<p>RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dienstanweisung "Umsetzung Medizinproduktegesetz / MP BetriebV"</p> <p>Letzte Aktualisierung: 16.07.2021</p>
2	<p>RM04: Klinisches Notfallmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dienstanweisung "Medizinisches Notfallmanagement"</p> <p>Letzte Aktualisierung: 18.12.2023</p>
3	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
4	RM03: Mitarbeiterbefragungen
5	<p>RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung "Qualitätsmanagement nach dem "EFQM-Modell", Verfahrensanweisung "Sicherheitsmanagement - Management von latenten Risiken", Verfahrensanweisung "CIRS-Statut"</p> <p>Letzte Aktualisierung: 07.12.2023</p>
6	<p>RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dienstanweisung "Sicherheitscheckliste nach WHO"Verfahrensanweisung "Patientenidentifikationsarmbänder"</p> <p>Letzte Aktualisierung: 01.01.2025</p>
7	<p>RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: SOP "Qualifizierte Schmerztherapie"</p> <p>Letzte Aktualisierung: 17.09.2024</p>
8	<p>RM05: Schmerzmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: diverse SOP's zur "Qualifizierten Schmerztherapie"</p> <p>Letzte Aktualisierung: 17.09.2024</p>
9	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
10	<p>RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung "OP-Organisation"</p> <p>Letzte Aktualisierung: 09.01.2018</p>
11	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
12	<p>RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung "OP-Organisation"</p> <p>Letzte Aktualisierung: 01.09.2018</p>
13	<p>RM18: Entlassungsmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandard "Entlassungsmanagement in der Pflege"SOP Geriatrie " Aufnahme und Entlassung";</p> <p>Letzte Aktualisierung: 27.05.2024</p>

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
14	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dienstanweisung "Fixierungsmaßnahmen" Letzte Aktualisierung: 24.10.2023
	RM06: Sturzprophylaxe
15	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandard "Sturzprophylaxe" Letzte Aktualisierung: 08.08.2024
16	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
17	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandard "Dekubitusprophylaxe" Letzte Aktualisierung: 26.07.2024

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Qualitätszirkel
- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Palliativbesprechungen
- Andere: Fallkonferenzen im Rahmen unserer Chest Pain Unit Kooperation

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 10.01.2022
2	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: bei Bedarf
3	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: halbjährlich

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Die eingehenden Meldungen werden von einem CIRS-Beauftragten gesichtet, anonymisiert und lösungsorientiert bearbeitet. Die abgeleiteten Verbesserungen werden in den entsprechenden Bereichen vorgestellt. Die sogenannte "CIRS-Bewertungsgruppe" ordnet die Meldungen nach einer festgelegten Kriterienmatrix ein und stellt sie der Geschäftsführung zur Verfügung.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	Ja
---	----

Genutzte Systeme

#	Bezeichnung
1	EF03: KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	2
----------------------	---

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	5
Erläuterungen	In unserem Haus sind für die Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Anästhesie/Intensivmedizin und Zentrale Notaufnahme (ZNA) je ein hygienebeauftragter Arzt/ Ärztin benannt.

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
--	------

Anzahl (in Personen) 2

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 17

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission quartalsweise

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Leitung, Chefarzt Anästhesie und Intensivmedizin, Hygieneverantwortlicher Arzt
Titel, Vorname, Name	Dr. Mathias Gnielinski
Telefon	0511 3394 3300
Fax	0511 3394 3511
E-Mail	Hygienemanagement@clementinenhaus.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl	Ja
---------	----

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

Auswahl	Ja
---------	----

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

Auswahl	Ja
---------	----

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

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 Antibiotikaphylaxe liegt vor

Auswahl	Ja
---------	----

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl	Ja
---------	----

Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft

Auswahl Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgeminestationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgeminestationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminestationen (Einheit: ml/Patiententag) 27

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 133

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl

Ja

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	<p>HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: jährlich</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p><i>Seit 2015 finden zusätzlich sogenannte „gesetzlich motivierte Visitationen“ in den Bereichen Labor, ZSVA, Endoskopie und Medizintechnik statt. VA interne Visitation</i></p> </div>
2	<p>HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: jährlich</p> <p><i>Themen: - Basishygiene und Schutzmaßnahmen, - Aktion saubere Hände, - Arztmeldepflicht, - Umgang MRE, - Blutkulturmanagement mit praktischen Informationen, - Anlassbezogene Schulungen z.B. bei Tuberkulose, - individuelle Beratungen aller Berufsgruppen</i></p>
3	<p>HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen</p>

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
4	<p>HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)</p> <p>Teilnahme ASH: Teilnahme (ohne Zertifikat)</p> <p><i>Seit 2009 nimmt das DRK-Krankenhaus Clementinenhaus an dieser Kampagne teil.</i></p>
5	<p>HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen</p> <p>Name: Mitglied im MRE-PLUS Netzwerk Region Hannover Hildesheim</p>

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

- CDAD-KISS
- HAND-KISS
- ITS-KISS
- MRSA-KISS
- OP-KISS
- STATIONS-KISS

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja <i>Seit 2007 haben wir ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement (Anregungsmanagement) implementiert. In 2022 wurde auf ein zentrales Anregungsmanagement umgestellt. Eine qualifizierte Anregungsmanagerin steht zur Verfügung.</i>
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja <i>Seit 2015 sind Patientenfürsprecher im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus benannt.</i>
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja <i>Über die kontinuierliche Patientenbefragung und postalisch.</i>
9	Patientenbefragungen	Ja <i>Es werden verschiedene Befragungsmethoden eingesetzt. 1. Kontinuierliche Befragung jedes Patienten. Auswertung quartalsweise seit 1996. 2. Regelmäßig werden die Ergebnisse von der AOK-Patientenbefragung genutzt, um Verbesserungspotenziale abzuleiten.</i>
10	Einweiserbefragungen	Ja <i>Seit 2006 finden alle drei Jahre Einweiserbefragungen statt. Die Ergebnisse werden im Benchmark (Forschungsgruppe Metrik) bewertet und entsprechendes Verbesserungspotential abgeleitet.</i>

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Mitarbeiter Projekte - Prozesse - Qualität / Anregungsmanagement
Titel, Vorname, Name	Veronika Kolms
Telefon	0511 3394 3335
Fax	0511 3394 2619
E-Mail	anregung@clementinenhaus.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Stabstelle Projekte - Prozesse - Qualität
Titel, Vorname, Name	Anke Bertram
Telefon	0511 3394 2697
Fax	0511 3394 2619
E-Mail	anregung@clementinenhaus.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Monika Blau
Telefon	0511 3394 2686
Fax	0511 3394 2687
E-Mail	patientenfuersprecher@clementinenhaus.de

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Gert Kelter
Telefon	0511 3394 2686
Fax	0511 3394 2687
E-Mail	patientenfuersprecher@clementinenhaus.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums	Arzneimittelkommission
------------------	------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS
---	----------------------------------

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Oberarzt Innere Medizin und Gastroenterologie
Titel, Vorname, Name	Dr. Simon El Nemer
Telefon	0511 3394 2116
E-Mail	selnemer@clementinenhaus.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Erläuterungen	Eine Stationsapothekerin (Arbeitgeber KRH) ist an 3 von 5 Tagen in der Woche vor Ort. Rund um die Uhr (auch im Notfall) Konsilbetreuung über eine Kooperation mit der KRH-Zentralapotheke im Klinikum Region Hannover- Siloah. Dr. El Nemer ist ebenfalls Mitglied der Arzneimittelkommission des KRH

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden

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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
3	AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dienstanweisung: Umgang mit Arznei- und Betäubungsmittel in der Patientenversorgung Letzte Aktualisierung: 08.11.2020 Erläuterungen: Abbildung des festgelegten Prozesses im Nexus-Krankenhausinformationssystem
4	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
5	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
6	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
7	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
8	AS02: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
9	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
10	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
11	AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

Zu AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
- Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): Bestellung, Abgabe

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß Teil A § 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 Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgesehen?

Ja

Erläuterungen

Seit dem 01.10.2024 wird in einem Projekt mit externer Unterstützung ein krankenhausspezifischen Gewaltschutzkonzeptes erarbeitet und umgesetzt.

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl

Keine Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus legen wir – für unsere Patientinnen und Patienten ebenso wie für unsere Mitarbeitenden - großen Wert auf ein sicheres und gewaltfreies Arbeits- und Behandlungsumfeld. Gewalt in jeglicher Form, verbal oder körperlich, hat in unserem Haus keinen Platz.

Um unsere Mitarbeitenden bestmöglich zu schützen und zu stärken, haben wir ein internes **Meldeportal** eingerichtet, über das Vorfälle schnell, unkompliziert und vertraulich gemeldet werden können. So schaffen wir Transparenz, ermöglichen eine zeitnahe Aufarbeitung und leiten Maßnahmen ein.

Darüber hinaus führen wir **regelmäßig Schulungen und Trainings** durch, in denen unsere Mitarbeitenden auf den professionellen Umgang mit herausfordernden Situationen vorbereitet werden. Dabei geht es sowohl um Deeskalationstechniken als auch um den Schutz der eigenen Sicherheit.

Ein weiteres wichtiges Merkmal ist die **enge Zusammenarbeit mit der Polizei**. Im Rahmen eines **Schnellmeldeverfahrens** stellen wir sicher, dass im Ernstfall rasch und koordiniert Hilfe eintrifft.

Wir sind überzeugt, dass wir nur durch gezielte Prävention, klare Strukturen und gegenseitigen Respekt ein Umfeld schaffen können, in dem sich alle sicher und wertgeschätzt fühlen.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja <i>Werden In Kooperation mit einer radiologischen Praxis angeboten.</i>
2	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja
3	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich
4	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja <i>Werden in Kooperation mit einer radiologischen Praxis angeboten.</i>
5	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Ja

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

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

Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschlüsse vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Stufen der Notfallversorgung

Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1

Umstand

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

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 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.

Ja

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1500] Allgemeine Chirurgie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Allgemeine Chirurgie

B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1500].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Allgemein- und Viszeralchirurgie
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Christoph Strey
Telefon	0511 3394 3276
Fax	0511 3394 3511
E-Mail	sheise@clementinenhaus.de
Strasse	Lützerodestraße
Hausnummer	1
PLZ	30161
Ort	Hannover
URL	http://www.clementinenhaus.de/

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Orthopädie und Unfallchirurgie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Philipp Lobenhoffer
Telefon	0511 700525 0
E-Mail	info@g-o-hannover.de
Strasse	Lützerodestraße
Hausnummer	1
PLZ	30161
Ort	Hannover
URL	http://www.g-o-hannover.de/

B-[1500].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	<p>VC24 - Tumorchirurgie</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik. Referenzzentrum der Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie. Zertifizierung der CAMIC für Minimal-Invasive Chirurgie. Letzte Rezertifizierung 01.02.2021</i></p>
2	<p>VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
3	<p>VC60 - Adipositaschirurgie</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik. Kompetenzzentrum der Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie. Zertifizierung der CAADIP für Adipositas- und metabolische Chirurgie. Letzte Rezertifizierung 01.03.2022</i></p>
4	<p>VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
5	<p>VC05 - Schrittmachereingriffe</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
6	<p>VC22 - Magen-Darm-Chirurgie</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
7	<p>VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
8	<p>VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
9	<p>VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel</p> <p><i>Werden in Kooperation mit einer radiologischen Praxis angeboten.</i></p>
10	<p>VR15 - Arteriographie</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
11	<p>VR16 - Phlebographie</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
12	<p>VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ</p> <p><i>Werden in Kooperation mit einer radiologischen Praxis angeboten.</i></p>
13	<p>VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren</p> <p><i>Werden in Kooperation mit einer radiologischen Praxis angeboten.</i></p>
14	<p>VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
15	<p>VR06 - Endosonographie</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
16	<p>VR02 - Native Sonographie</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
17	<p>VR10 - Computertomographie (CT), nativ</p> <p><i>Werden in Kooperation mit einer radiologischen Praxis angeboten.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
18	<p>VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren</p> <p><i>Werden in Kooperation mit einer radiologischen Praxis angeboten.</i></p>
19	<p>VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel</p> <p><i>Werden in Kooperation mit einer radiologischen Praxis angeboten.</i></p>
20	<p>VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
21	<p>VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
22	<p>VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen</p> <p><i>Werden in Kooperation mit einer radiologischen Praxis angeboten.</i></p>
23	<p>VR04 - Duplexsonographie</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
24	<p>V111 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
25	<p>VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
26	<p>VI20 - Intensivmedizin</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
27	<p>VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
28	<p>VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
29	<p>VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
30	<p>VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
31	<p>VC58 - Spezialsprechstunde</p> <p><i>Im Rahmen der Adipositaschirurgie wird eine Spezialsprechstunde angeboten.</i></p>
32	<p>VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
33	<p>VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
34	<p>VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
35	<p>VC66 - Arthroskopische Operationen</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
36	<p>VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik. Referenzzentrum der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie. Zertifizierung der CAH für Hernienchirurgie. Letzte Rezertifizierung 01.03.2022</i></p>
37	<p>VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
38	<p>VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
39	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
40	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
41	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
42	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
43	<p>VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
44	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
45	<p>VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
46	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
47	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
48	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
49	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
50	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
51	VC63 - Amputationschirurgie
52	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
53	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
54	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
55	VO14 - Endoprothetik <i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i>
56	VO15 - Fußchirurgie
57	VO21 - Traumatologie
58	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen <i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i>
59	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
60	VC71 - Notfallmedizin

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

Vollstationäre Fallzahl	4233
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	833
2	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	443
3	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	276
4	M19.21	Sonstige sekundäre Arthrose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	174
5	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	168
6	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	163
7	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	152
8	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	105
9	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	102
10	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	99
11	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	98
12	M20.1	Hallux valgus (erworben)	64
13	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	64
14	M25.31	Sonstige Instabilität eines Gelenkes: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	62
15	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	58
16	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	47
17	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	47
18	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	43
19	E66.06	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter, Body-Mass-Index [BMI] von 40 bis unter 50	41

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
20	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	39
21	M24.51	Gelenkkontraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	32
22	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	32
23	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	30
24	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	27
25	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	25
26	M24.15	Sonstige Gelenkknorpelschädigungen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	25
27	T84.05	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk	25
28	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	24
29	M75.9	Schulterläsion, nicht näher bezeichnet	24
30	K43.60	Epigastrische Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	23

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	842
2	K40	Hernia inguinalis	673
3	K80	Cholelithiasis	471
4	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	280
5	M19	Sonstige Arthrose	174
6	K42	Hernia umbilicalis	167
7	M75	Schulterläsionen	165
8	K35	Akute Appendizitis	157
9	K43	Hernia ventralis	150
10	K57	Divertikulose des Darmes	102

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
11	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	79
12	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	77
13	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	71
14	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	65
15	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	63
16	E66	Adipositas	62
17	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	44
18	K44	Hernia diaphragmatica	43
19	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	28
20	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	27
21	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	26
22	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	23
23	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	23
24	S06	Intrakranielle Verletzung	17
25	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	16
26	K81	Cholezystitis	15
27	L05	Pilonidalzyste	14
28	C16	Bösartige Neubildung des Magens	12
29	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	12
30	K50	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]	12

B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-530.32	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenen oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	638
2	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	571

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
3	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	488
4	3-13c.3	Cholangiographie: Durch Zugang im Rahmen einer Laparotomie oder Laparoskopie	428
5	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	319
6	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	319
7	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	315
8	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	282
9	5-822.00	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Nicht zementiert	235
10	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	203
11	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	197
12	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	195
13	5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	164
14	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	162
15	5-824.21	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Schultergelenk: Invers	137
16	5-814.9	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenodese der langen Bizepssehne	133
17	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss	117
18	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	108
19	5-932.45	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 300 cm ² bis unter 400 cm ²	94

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
20	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	94
21	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	92
22	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	89
23	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	80
24	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	76
25	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	74
26	5-470.1x	Appendektomie: Laparoskopisch: Sonstige	71
27	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	71
28	5-590.53	Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Exzision von retroperitonealem Gewebe: Laparoskopisch	69
29	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	65
30	5-822.81	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Patellaersatz: Patellarrückfläche, zementiert	64

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	897
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	686
3	5-511	Cholezystektomie	532
4	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	516
5	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	430
6	3-13c	Cholangiographie	429
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	320
8	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	319

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
9	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	315
10	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	295
11	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	293
12	5-469	Andere Operationen am Darm	288
13	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	263
14	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	203
15	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	197
16	5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	178
17	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	150
18	5-470	Appendektomie	148
19	5-786	Osteosyntheseverfahren	143
20	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	143
21	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	125
22	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	94
23	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	88
24	5-784	Knochen transplantation und -transposition	82
25	5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	78
26	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	74
27	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	71
28	5-590	Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe	70
29	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	69
30	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	58

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz Chirurgie

2 AM07 - Privatambulanz Privatambulanz Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie

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

#	Ambulanz	Leistung
1	Notfallambulanz Chirurgie	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
2	Notfallambulanz Chirurgie	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
3	Notfallambulanz Chirurgie	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
4	Notfallambulanz Chirurgie	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
5	Notfallambulanz Chirurgie	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
6	Privatambulanz Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie	VC60 - Adipositaschirurgie
7	Privatambulanz Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
8	Privatambulanz Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
9	Privatambulanz Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
10	Privatambulanz Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
11	Privatambulanz Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie	VC24 - Tumorchirurgie

B-[1500].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1500].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	170
2	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	33

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
3	5-534.35	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Sublay-Technik	21
4	5-530.32	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	13
5	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss	8
6	5-536.0	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss	5
7	5-810.20	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Humeroglenoidalgelenk	< 4
8	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	< 4
9	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
10	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	< 4
11	5-534.33	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	< 4
12	5-787.3u	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Tarsale	< 4
13	5-810.50	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Humeroglenoidalgelenk	< 4
14	5-810.2k	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Oberes Sprunggelenk	< 4
15	5-787.1v	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Metatarsale	< 4
16	5-810.44	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Humeroulnargelenk	< 4
17	5-535.0	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss	< 4
18	5-056.5	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Rumpf	< 4
19	1-586.6	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Inguinal	< 4
20	5-401.10	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Ohne Markierung	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
21	5-536.10	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Ohne alloplastisches, allogenes oder xenogenes Material	< 4
22	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	< 4
23	5-535.1	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	< 4
24	5-787.10	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Klavikula	< 4
25	5-408.21	Andere Operationen am Lymphgefäßsystem: Drainage einer Lymphozele: Laparoskopisch	< 4
26	5-852.a6	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Bauchregion	< 4
27	5-850.4a	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehnenscheide isoliert, längs: Fuß	< 4
28	5-787.20	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Klavikula	< 4
29	5-814.2	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Refixation eines knöchernen Labrumabrisses (Bankart-Läsion)	< 4
30	5-401.50	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Inguinal, offen chirurgisch: Ohne Markierung	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	203
2	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	31
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	13
4	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	6
5	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	6
6	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5
7	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	4
8	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	< 4
9	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
10	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	< 4
11	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
12	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
13	5-408	Andere Operationen am Lymphgefäßsystem	< 4
14	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	< 4
15	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
16	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4
17	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
18	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4

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

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

B-[1500].11 Personelle Ausstattung

B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	18,03	Fälle je VK/Person	253,929214	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,56	Ohne	1,47
Versorgungsform	Ambulant	1,36	Stationär	16,67

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	12,92	Fälle je VK/Person	366,176453
--------	-------	--------------------	------------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,7	Ohne	1,22
Versorgungsform	Ambulant	1,36	Stationär	11,56

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	AQ54 - Radiologie
3	AQ13 - Viszeralchirurgie
4	AQ06 - Allgemeinchirurgie

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF41 - Spezielle Orthopädische Chirurgie
2	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
3	ZF52 - Ernährungsmedizin
4	ZF44 - Sportmedizin
5	ZF28 - Notfallmedizin
6	ZF61 - Klinische Akut- und Notfallmedizin
7	ZF34 - Proktologie
8	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie (MWBO 2003)

B-[1500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

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

Gesamt	38,6	Fälle je VK/Person	112,579788	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	38,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	37,6

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

Gesamt		0,58	Fälle je VK/Person	7298,276
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,58	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,58

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,86	Fälle je VK/Person	4922,093
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,86

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		8,18	Fälle je VK/Person	530,4511
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	7,98

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,42	Fälle je VK/Person	1749,17346
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,42

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,58	Fälle je VK/Person	7298,276
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,58	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,58

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

Gesamt		7,45	Fälle je VK/Person	568,1879
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,45

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

Gesamt		0,32	Fälle je VK/Person	13228,125
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,32	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,32

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,72	Fälle je VK/Person	1137,9032
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,72	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,72

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ01 - Bachelor
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
4	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
5	PQ13 - Hygienefachkraft
6	PQ20 - Praxisanleitung
7	PQ21 - Casemanagement
8	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
9	PQ22 - Intermediate Care Pflege
10	PQ12 - Notfallpflege
11	PQ18 - Pflege in der Endoskopie
12	PQ07 - Pflege in der Onkologie

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP19 - Sturzmanagement

#	Zusatzqualifikation
2	ZP20 - Palliative Care
3	ZP16 - Wundmanagement
4	ZP14 - Schmerzmanagement
5	ZP13 - Qualitätsmanagement
6	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
7	ZP08 - Kinästhetik
8	ZP05 - Entlassungsmanagement
9	ZP02 - Bobath
10	ZP15 - Stomamanagement
11	ZP06 - Ernährungsmanagement
12	ZP01 - Basale Stimulation
13	ZP09 - Kontinenzmanagement
14	ZP18 - Dekubitusmanagement

B-[0100] Innere Medizin

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Innere Medizin

B-[0100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[0100].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Innere Medizin - Gastroenterologie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Torsten Voigtländer
Telefon	0511 3394 3224
Fax	0511 3394 3511
E-Mail	amatzke@clementinenhaus.de
Strasse	Lützerodestraße
Hausnummer	1
PLZ	30161
Ort	Hannover
URL	http://www.clementinenhaus.de/
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Innere Medizin - Kardiologie
Titel, Vorname, Name	Dr. Heinz-Peter Remmlinger
Telefon	0511 3394 3387
Fax	0511 3394 3389

E-Mail	anbertram@clementinenhaus.de
Strasse	Lützerodestraße
Hausnummer	1
PLZ	30161
Ort	Hannover
URL	http://www.clementinenhaus.de/
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin Innere Medizin - Geriatrie
Titel, Vorname, Name	Andrea Waldner
Telefon	0511 3394 4456
Fax	0511 3394 4457
E-Mail	bbartels@clementinenhaus.de
Strasse	Lützerodestraße
Hausnummer	1
PLZ	30161
Ort	Hannover
URL	http://www.clementinenhaus.de/

B-[0100].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	<p>V114 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
2	<p>V112 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
3	<p>VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
4	<p>VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
5	<p>VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
6	<p>VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
7	<p>VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
8	<p>VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
9	<p>VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
10	<p>VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
11	<p>VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
12	<p>VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
13	<p>VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
14	<p>VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
15	<p>VR16 - Phlebographie</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
16	<p>VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ</p> <p><i>Werden in Kooperation mit einer radiologischen Praxis angeboten.</i></p>
17	<p>VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel</p> <p><i>Werden in Kooperation mit einer radiologischen Praxis angeboten.</i></p>
18	<p>VC05 - Schrittmachereingriffe</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
19	<p>VR06 - Endosonographie</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
20	<p>VR02 - Native Sonographie</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
21	<p>VR10 - Computertomographie (CT), nativ</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
22	<p>VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
23	<p>VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
24	<p>VR15 - Arteriographie</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
25	<p>VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen</p> <p><i>Werden in Kooperation mit einer radiologischen Praxis angeboten.</i></p>
26	<p>VR04 - Duplexsonographie</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
27	<p>VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
28	<p>VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik</i></p>
29	<p>VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
30	<p>VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
31	<p>VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
32	<p>VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
33	<p>VI35 - Endoskopie</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
34	<p>VI20 - Intensivmedizin</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
35	<p>VI27 - Spezialsprechstunde</p> <p><i>Es wird im Rahmen unseres kardiologischen Behandlungsschwerpunktes eine Herzschrittmacherambulanz angeboten.</i></p>
36	<p>VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
37	<p>VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
38	<p>VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
39	<p>VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
40	<p>VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
41	<p>VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
42	<p>VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
43	<p>VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
44	<p>VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
45	<p>VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
46	<p>VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
47	<p>VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i></p>
48	<p>VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
49	<p>VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
50	<p>VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea</p> <p><i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik</i></p>
51	<p>VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>
52	<p>VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut</p> <p><i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i></p>

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

Vollstationäre Fallzahl	7090
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	483
2	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	320
3	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	223
4	E86	Volumenmangel	186
5	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	167
6	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	164
7	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	158
8	I20.9	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet	123
9	I20.0	Instabile Angina pectoris	111
10	J44.19	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	104
11	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	104
12	I48.3	Vorhofflattern, typisch	93
13	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	91
14	J44.09	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	89
15	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	80
16	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	74
17	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	69
18	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	69

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
19	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	66
20	K29.6	Sonstige Gastritis	64
21	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	62
22	J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie	59
23	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	56
24	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	55
25	A46	Erysipel [Wundrose]	55
26	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	53
27	I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	53
28	I21.48	Sonstiger und nicht näher bezeichneter akuter subendokardialer Myokardinfarkt	51
29	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	49
30	I21.40	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt	49

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	801
2	I50	Herzinsuffizienz	589
3	I20	Angina pectoris	281
4	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	270
5	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	221
6	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	203
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	188
8	E86	Volumenmangel	186
9	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	166
10	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	117
11	K29	Gastritis und Duodenitis	113

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
12	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	108
13	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	104
14	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	88
15	F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	86
16	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	85
17	K80	Cholelithiasis	85
18	I26	Lungenembolie	85
19	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	84
20	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	83
21	I47	Paroxysmale Tachykardie	82
22	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	80
23	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	77
24	K57	Divertikulose des Darmes	73
25	D50	Eisenmangelanämie	72
26	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	69
27	I95	Hypotonie	67
28	K85	Akute Pankreatitis	65
29	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	59
30	A46	Erysipel [Wundrose]	55

B-[0100].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1486

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
2	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	866
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	802
4	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	776
5	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	720
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	706
7	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	663
8	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	646
9	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	553
10	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	451
11	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	450
12	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	414
13	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	407
14	9-410.07	Einzeltherapie: Kognitive Verhaltenstherapie: An 11 oder mehr Tagen	396
15	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	359
16	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	351
17	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	330
18	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	321
19	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	265
20	1-274.30	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums: Mit Nadel	246
21	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	245

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
22	1-274.0	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Druckmessung	244
23	3-611.1	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax: Pulmonalvenen	244
24	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	236
25	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	233
26	1-265.e	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Vorhofflimmern	228
27	1-268.1	Kardiales Mapping: Linker Vorhof	215
28	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	183
29	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	180
30	3-206	Native Computertomographie des Beckens	173

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	2523
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1510
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	802
4	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	724
5	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	720
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	706
7	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	656
8	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	646
9	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	566
10	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	538
11	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	521
12	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	509
13	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	491
14	1-650	Diagnostische Koloskopie	462

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
15	9-410	Einzeltherapie	461
16	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	458
17	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	451
18	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	414
19	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	407
20	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	353
21	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	320
22	1-268	Kardiales Mapping	298
23	5-469	Andere Operationen am Darm	294
24	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	286
25	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	266
26	3-611	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax	246
27	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	233
28	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	229
29	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	228
30	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	183

B-[0100].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	24-Std. Notfallambulanz Innere Medizin
2	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz Innere Medizin

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Herzschrittmacherambulanz

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

#	Ambulanz	Leistung
1	24-Std. Notfallambulanz Innere Medizin	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
2	24-Std. Notfallambulanz Innere Medizin	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
3	24-Std. Notfallambulanz Innere Medizin	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
4	24-Std. Notfallambulanz Innere Medizin	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
5	24-Std. Notfallambulanz Innere Medizin	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
6	24-Std. Notfallambulanz Innere Medizin	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
7	24-Std. Notfallambulanz Innere Medizin	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
8	24-Std. Notfallambulanz Innere Medizin	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
9	24-Std. Notfallambulanz Innere Medizin	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
10	24-Std. Notfallambulanz Innere Medizin	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
11	24-Std. Notfallambulanz Innere Medizin	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
12	24-Std. Notfallambulanz Innere Medizin	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
13	24-Std. Notfallambulanz Innere Medizin	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
14	24-Std. Notfallambulanz Innere Medizin	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen

#	Ambulanz	Leistung
15	24-Std. Notfallambulanz Innere Medizin	VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
16	24-Std. Notfallambulanz Innere Medizin	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
17	24-Std. Notfallambulanz Innere Medizin	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
18	Herzschrittmacherambulanz	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
19	Herzschrittmacherambulanz	VC05 - Schrittmachereingriffe
20	Privatambulanz Innere Medizin	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
21	Privatambulanz Innere Medizin	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
22	Privatambulanz Innere Medizin	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
23	Privatambulanz Innere Medizin	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
24	Privatambulanz Innere Medizin	VI35 - Endoskopie
25	Privatambulanz Innere Medizin	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
26	Privatambulanz Innere Medizin	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
27	Privatambulanz Innere Medizin	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
28	Privatambulanz Innere Medizin	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
29	Privatambulanz Innere Medizin	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
30	Privatambulanz Innere Medizin	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
31	Privatambulanz Innere Medizin	VC05 - Schrittmachereingriffe

B-[0100].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0100].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	4
2	5-378.5b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode	< 4
3	5-378.51	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	6

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

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

B-[0100].11 Personelle Ausstattung

B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	33,6	Fälle je VK/Person	217,484665
Beschäftigungsverhältnis	Mit 30,94	Ohne	2,66

Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	32,6
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		14,15	Fälle je VK/Person	539,1635
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,42	Ohne	1,73
Versorgungsform	Ambulant	1	Stationär	13,15

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ54 - Radiologie
2	AQ42 - Neurologie
3	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie
4	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie
5	AQ23 - Innere Medizin

B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF44 - Sportmedizin
2	ZF52 - Ernährungsmedizin
3	ZF61 - Klinische Akut- und Notfallmedizin
4	ZF34 - Proktologie
5	ZF15 - Intensivmedizin
6	ZF09 - Geriatrie
7	ZF28 - Notfallmedizin

B-[0100].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

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

Gesamt		93,88	Fälle je VK/Person	76,19559
Beschäftigungsverhältnis	Mit	93,25	Ohne	0,63
Versorgungsform	Ambulant	0,83	Stationär	93,05

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

Gesamt		1,42	Fälle je VK/Person	4992,958
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,42

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,15	Fälle je VK/Person	3297,67432
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,15

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		19,93	Fälle je VK/Person	358,261719
Beschäftigungsverhältnis	Mit	19,93	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,14	Stationär	19,79

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		5,94	Fälle je VK/Person	1193,60266
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,94

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,42	Fälle je VK/Person	4992,958
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,42

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

Gesamt		18,19	Fälle je VK/Person	389,7746
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	18,19

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

Gesamt		0,68	Fälle je VK/Person	10426,4707
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,68

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		9,09	Fälle je VK/Person	779,977966
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,09

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ07 - Pflege in der Onkologie
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ01 - Bachelor
4	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
5	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
6	PQ13 - Hygienefachkraft
7	PQ20 - Praxisanleitung
8	PQ21 - Casemanagement
9	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
10	PQ22 - Intermediate Care Pflege
11	PQ18 - Pflege in der Endoskopie
12	PQ12 - Notfallpflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP14 - Schmerzmanagement
3	ZP08 - Kinästhetik
4	ZP13 - Qualitätsmanagement
5	ZP19 - Sturzmanagement
6	ZP20 - Palliative Care
7	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
8	ZP02 - Bobath
9	ZP01 - Basale Stimulation
10	ZP09 - Kontinenzmanagement
11	ZP05 - Entlassungsmanagement
12	ZP15 - Stomamanagement
13	ZP06 - Ernährungsmanagement
14	ZP07 - Geriatrie
15	ZP18 - Dekubitusmanagement

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

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

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

B-[2600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[2600].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Leitender Belegarzt / Leitende Belegärztin
-------------	--

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt Hals-Nasen-Ohren
Titel, Vorname, Name	Dr. Albrecht Hofmann
Telefon	0511 345583
Fax	0511 3394 3326
E-Mail	info@clementinenhaus.de
Strasse	Lützeroderstraße
Hausnummer	1
PLZ	30161
Ort	Hannover
URL	http://www.clementinenhaus.de

B-[2600].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
2	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
3	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
4	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
5	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
6	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
7	VH04 - Mittelohrchirurgie <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
8	VR02 - Native Sonographie <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
9	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
10	VR10 - Computertomographie (CT), nativ <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
11	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
12	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
13	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ <i>Werden in Kooperation mit einer radiologischen Praxis angeboten.</i>
14	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren <i>Werden in Kooperation mit einer radiologischen Praxis angeboten.</i>
15	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>Werden in Kooperation mit einer radiologischen Praxis angeboten.</i>
16	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
17	VR06 - Endosonographie <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
18	VR04 - Duplexsonographie <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
19	VH13 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
20	VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
21	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
22	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
23	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
24	VH22 - Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
25	VH21 - Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich <i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik</i>
26	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
27	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>

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

Vollstationäre Fallzahl	8
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	8

B-[2600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	8

B-[2600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-214.70	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit lokalen autogenen Transplantaten (Austauschplastik)	8

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
2	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	8
3	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	7
4	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	6

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	8
2	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	8
3	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	7
4	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	6

B-[2600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[2600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[2600].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2600].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

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

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

B-[2600].11 Personelle Ausstattung

B-[2600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	1	Fälle je VK/Person	8
--------	---	-----------------------	---

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ18 - Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

B-[2600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

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

Gesamt	0,3	Fälle je VK/Person	26,66667	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,3

Pflegfachfrau/Pflegfachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt	0,03	Fälle je VK/Person	266,666656	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,03

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

Gesamt	0,03	Fälle je VK/Person	266,666656
--------	------	-----------------------	------------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,03

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ01 - Bachelor
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
4	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
5	PQ13 - Hygienefachkraft
6	PQ20 - Praxisanleitung
7	PQ21 - Casemanagement
8	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
9	PQ22 - Intermediate Care Pflege
10	PQ07 - Pflege in der Onkologie
11	PQ18 - Pflege in der Endoskopie

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP20 - Palliative Care
3	ZP19 - Sturzmanagement
4	ZP13 - Qualitätsmanagement
5	ZP14 - Schmerzmanagement
6	ZP01 - Basale Stimulation
7	ZP08 - Kinästhetik
8	ZP05 - Entlassungsmanagement
9	ZP02 - Bobath
10	ZP06 - Ernährungsmanagement

#	Zusatzqualifikation
11	ZP18 - Dekubitusmanagement

B-[0300] Kardiologie

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

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Kardiologie

B-[0300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0300 - Kardiologie

B-[0300].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Leitender Belegarzt / Leitende Belegärztin
-------------	--

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt Kardiologie
Titel, Vorname, Name	Dr. Gunter Rosenberger
Telefon	0511 364030
Fax	0511 3394 3326
E-Mail	info@clementinenhaus.de
Strasse	Lützerodestraße
Hausnummer	1
PLZ	30161
Ort	Hannover
URL	http://www.clementinenhaus.de/

B-[0300].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI20 - Intensivmedizin <i>Wird im Rahmen des Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
2	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
3	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) <i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i>
4	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen <i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i>
5	VC05 - Schrittmachereingriffe <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
6	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit <i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i>
7	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
8	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten <i>Bildet einen besonderen Behandlungsschwerpunkt in unserer Klinik.</i>
9	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
10	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>Wird in Kooperation mit einer radiologischen Klinik angeboten.</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
11	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ <i>Wird in Kooperation mit einer radiologischen Klinik angeboten.</i>
12	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren <i>Wird in Kooperation mit einer radiologischen Klinik angeboten.</i>
13	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
14	VR06 - Endosonographie <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
15	VR02 - Native Sonographie <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
16	VR10 - Computertomographie (CT), nativ <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
17	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
18	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
19	VR15 - Arteriographie <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
20	VR16 - Phlebographie <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>
21	VR04 - Duplexsonographie <i>Wird im Rahmen unseres Behandlungsspektrums abgedeckt.</i>

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

Vollstationäre Fallzahl	84
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0300].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I20.0	Instabile Angina pectoris	17
2	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	17
3	I20.9	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet	12
4	I35.0	Aortenklappenstenose	7
5	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	7
6	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	6
7	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	6
8	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	< 4
9	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	< 4
10	I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	< 4
11	I25.0	Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit, so beschrieben	< 4
12	I20.1	Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus	< 4
13	I30.0	Akute unspezifische idiopathische Perikarditis	< 4
14	I35.1	Aortenklappeninsuffizienz	< 4
15	I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen	< 4
16	I25.14	Atherosklerotische Herzkrankheit: Stenose des linken Hauptstammes	< 4

B-[0300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I20	Angina pectoris	36
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	29
3	I35	Nicht rheumatische Aortenklappenkrankheiten	10
4	I42	Kardiomyopathie	6
5	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	< 4
6	I30	Akute Perikarditis	< 4

B-[0300].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	84
2	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	15
3	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	8
4	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	7
5	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	< 4
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	< 4
7	8-83b.b6	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an Koronargefäßen	< 4
8	8-837.m3	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie	< 4
9	8-83b.00	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	< 4
10	8-837.k4	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien	< 4
11	8-837.01	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Mehrere Koronararterien	< 4
12	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	< 4
13	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	< 4
14	8-837.m2	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien	< 4
15	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
16	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	< 4
17	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	< 4
18	1-279.0	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Bestimmung des Herzvolumens und der Austreibungsfraktion	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	91
2	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	28
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	6
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	5
5	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	< 4
6	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	< 4
7	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	< 4

B-[0300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-[0300].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0300].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

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

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

B-[0300].11 Personelle Ausstattung

B-[0300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	1	Fälle je VK/Person	84
--------	---	--------------------	----

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie

B-[0300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin

B-[0300].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

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

Gesamt	0,3	Fälle je VK/Person	280	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,3

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,03	Fälle je VK/Person	2800
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,03

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,06	Fälle je VK/Person	1400
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,06

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,03	Fälle je VK/Person	2800
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,03

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

Gesamt		0,06	Fälle je VK/Person	1400
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,06

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,03	Fälle je VK/Person	2800
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,03

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ01 - Bachelor
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
4	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
5	PQ13 - Hygienefachkraft
6	PQ20 - Praxisanleitung
7	PQ21 - Casemanagement
8	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
9	PQ22 - Intermediate Care Pflege
10	PQ12 - Notfallpflege

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP20 - Palliative Care
2	ZP16 - Wundmanagement
3	ZP18 - Dekubitusmanagement
4	ZP13 - Qualitätsmanagement
5	ZP14 - Schmerzmanagement
6	ZP19 - Sturzmanagement
7	ZP01 - Basale Stimulation
8	ZP08 - Kinästhetik
9	ZP02 - Bobath
10	ZP06 - Ernährungsmanagement
11	ZP05 - Entlassungsmanagement

B-[3600] Anästhesie und Intensivmedizin

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

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Anästhesie und Intensivmedizin

B-[3600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3600 - Intensivmedizin

B-[3600].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Anästhesie und Intensivmedizin
Titel, Vorname, Name	Dr. Mathias Gnielinski
Telefon	0511 3394 3300
Fax	0511 3394 3511
E-Mail	nprinz@clementinenhaus.de
Strasse	Lützerodestraße
Hausnummer	1
PLZ	30161
Ort	Hannover
URL	http://www.clementinenhaus.de/

B-[3600].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI20 - Intensivmedizin VI40 - Schmerztherapie
2	<i>Qualifizierte Schmerztherapie zertifiziert nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Qualifizierte Schmerztherapie Certkom e.V.. Letzte Rezertifizierung am 27.4.2021</i>
3	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
4	VC71 - Notfallmedizin
5	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
6	VI42 - Transfusionsmedizin

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3600].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	2159
2	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	230
3	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	89
4	8-900	Intravenöse Anästhesie	36
5	8-980.11	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	36
6	8-980.20	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	23
7	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	16
8	8-980.21	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte	15
9	8-980.31	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1381 bis 1656 Aufwandspunkte	< 4
10	8-980.40	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1657 bis 1932 Aufwandspunkte	< 4
11	8-980.30	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspunkte	< 4
12	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	< 4
13	8-980.60	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2761 bis 3680 Aufwandspunkte: 2761 bis 3220 Aufwandspunkte	< 4
14	8-980.41	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1933 bis 2208 Aufwandspunkte	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	2159
2	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	400
3	8-900	Intravenöse Anästhesie	36
4	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	16
5	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	< 4

B-[3600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-[3600].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3600].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3600].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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

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

B-[3600].11 Personelle Ausstattung

B-[3600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		13,94	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,33	Stationär	13,61

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		13,58	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,58	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,33	Stationär	13,25

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ01 - Anästhesiologie
3	AQ06 - Allgemeinchirurgie

B-[3600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF30 - Palliativmedizin
2	ZF52 - Ernährungsmedizin
3	ZF28 - Notfallmedizin
4	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie
5	ZF15 - Intensivmedizin

B-[3600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

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

Gesamt		36,53	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	36,53	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	36,33

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,88	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,88

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

Gesamt		1,95	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,95	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,95

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

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ01 - Bachelor
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
5	PQ13 - Hygienefachkraft
6	PQ20 - Praxisanleitung
7	PQ21 - Casemanagement
8	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
9	PQ22 - Intermediate Care Pflege
10	PQ12 - Notfallpflege
11	PQ18 - Pflege in der Endoskopie

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

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP20 - Palliative Care
3	ZP19 - Sturzmanagement
4	ZP13 - Qualitätsmanagement
5	ZP14 - Schmerzmanagement
6	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
7	ZP05 - Entlassungsmanagement
8	ZP01 - Basale Stimulation
9	ZP08 - Kinästhetik
10	ZP06 - Ernährungsmanagement
11	ZP02 - Bobath
12	ZP09 - Kontinenzmanagement
13	ZP18 - Dekubitusmanagement
14	ZP15 - Stomamanagement

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

09/1 - Herzschrittmacher-Implantation	
Fallzahl	127
Dokumentationsrate	100,79
Anzahl Datensätze Standort	128
09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	
Fallzahl	59
Dokumentationsrate	103,39
Anzahl Datensätze Standort	61
09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	
Fallzahl	11
Dokumentationsrate	109,09
Anzahl Datensätze Standort	12
09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	
Fallzahl	31
Dokumentationsrate	109,68
Anzahl Datensätze Standort	34
09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	
Fallzahl	29
Dokumentationsrate	106,9
Anzahl Datensätze Standort	31
09/6 - Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	
Fallzahl	7
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	7
15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz

Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
CHE - Cholezystektomie	
Fallzahl	485
Dokumentationsrate	100,21
Anzahl Datensätze Standort	486
DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	194
Dokumentationsrate	101,55
Anzahl Datensätze Standort	197
HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	346
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	346
HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	342
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	342
HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	5
Dokumentationsrate	80
Anzahl Datensätze Standort	4
KEP - Knieendoprothesenversorgung	
Fallzahl	1047
Dokumentationsrate	100,19
Anzahl Datensätze Standort	1049
KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation	
Fallzahl	1029
Dokumentationsrate	100,19
Anzahl Datensätze Standort	1031
KEP_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	18
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	18
PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	
Fallzahl	623
Dokumentationsrate	101,28

Anzahl Datensätze Standort

631

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Komplikationen an den Gallenwegen, die durch die Operation zur Gallenblasenentfernung verursacht wurden und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58000
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 Niedrigrisikofällen 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/</p>
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 1,74

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,15 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2. Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58004
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 Niedrigrisikofällen 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/</p>
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,09

Rechnerisches Ergebnis	0,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 1,07
Fallzahl	
Grundgesamtheit	478
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	8,88
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

3. Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58002
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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/
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,55

Fallzahl

Grundgesamtheit	478
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	4,56

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

4. Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58003
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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/
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,33 - 2,34
Fallzahl	
Grundgesamtheit	478
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	4,07
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

5. Erneute Eingriffe aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58001
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 Niedrigrisikofällen 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</p>

	können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,44 - 1,36

Fallzahl

Grundgesamtheit	491
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	14,92

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,30 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

6. Weitere Komplikationen, die innerhalb eines Jahres nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58005
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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
Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,18 - 1,04

Fallzahl

Grundgesamtheit	491
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	10,50

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,11 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

7. Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach Operation zur Gallenblasenentfernung verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58006
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,03 - 1,12

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,05 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 Niedrigrisikofällen 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</p>

	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/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,37 - 0,79

Fallzahl

Grundgesamtheit	12028
Beobachtete Ereignisse	27
Erwartete Ereignisse	49,90

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,45 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

9. 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)

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis 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/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,35
Vertrauensbereich bundesweit	0,35 - 0,35
Rechnerisches Ergebnis	0,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,09 - 0,24

Fallzahl

Grundgesamtheit	12028
Beobachtete Ereignisse	18

10. 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)

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis 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/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,02 - 0,11
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12028
Beobachtete Ereignisse	6

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

Ergebnis-ID	521800
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	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/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<p>12. 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)</p>	
Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Kommentar Krankenhaus	4802501- diese Vorgangsnummer ist in unserem System nicht erfasst 5134301- hier wurde ein Dekubitus Grad 4 kodiert, aber in der Pflegedokumentation ist ein Dekubitus Grad 2 erfasst. Es erfolgt die Rücksprache mit dem Medizincontrolling.
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<p>13. Patientinnen, bei denen während einer Operation mittels Bauchspiegelung an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)</p>	
Ergebnis-ID	51906
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 Niedrigrisikofällen 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/</p>
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 637,79
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
14. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen	

Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis 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
Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

15. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis 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
Einheit	%

Bundesergebnis	6,99
Vertrauensbereich bundesweit	6,63 - 7,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 10,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172000_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis 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/
Einheit	%
Bundesergebnis	11,00
Vertrauensbereich bundesweit	9,82 - 12,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

17. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172001_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis 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/
Einheit	%
Bundesergebnis	12,40
Vertrauensbereich bundesweit	11,38 - 13,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

18. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich 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
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,69 - 0,85
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

19. Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	60686
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter

Fachlicher Hinweis IQTIG	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
Einheit	%
Bundesergebnis	18,44
Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 19,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 29,96 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

20. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	612
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich 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
Einheit	%
Bundesergebnis	89,36
Vertrauensbereich bundesweit	89,05 - 89,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 81,46 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
21. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter	
Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	3,01
Vertrauensbereich bundesweit	2,91 - 3,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,46 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
22. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation	
Ergebnis-ID	54003
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis 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
Einheit	%
Bundesergebnis	8,15
Vertrauensbereich bundesweit	7,95 - 8,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54015
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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/
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,08 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

24. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54016
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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/
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,87
Fallzahl	
Grundgesamtheit	342
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	4,35
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,84 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

25. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54017
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche 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 Niedrigrisikofällen 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

Fachlicher Hinweis IQTIG	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/
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,17
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,19
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,07 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
26. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche 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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen 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/
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54019
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche 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 Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den

Fachlicher Hinweis IQTIG	„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/
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,58
Fallzahl	
Grundgesamtheit	342
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	6,54
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,48 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

28. Komplikationen (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche 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

Fachlicher Hinweis IQTIG	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 Niedrigrisikofällen 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/
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,07
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,48
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
29. Komplikationen im Zusammenhang mit dem Implantat (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	191800_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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/ 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 Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p>
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,82
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,25
30. Komplikationen am Gewebe (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	191801_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
	<p>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/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	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 Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,94
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,25

31. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54012
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können 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/
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	125,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	112,12 - 139,19
Fallzahl	
Grundgesamtheit	341
Beobachtete Ereignisse	167
Erwartete Ereignisse	1,33
Kommentar Krankenhaus	Es wird der Ursache für die unvollständigen bzw. falschen Dokumentationen nachgegangen, um diese künftig zu vermeiden.
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,44 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D80
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54013
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche 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 Niedrigrisikofällen 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

Fachlicher Hinweis IQTIG	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/
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,34
Fallzahl	
Grundgesamtheit	346
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,34
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 Niedrigrisikofällen 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/</p>
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

34. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile notwendig war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	10271
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 Niedrigrisikofällen 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</p>

	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/
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,21 - 2,23

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,50 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	141800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,22
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,38
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,03

Fallzahl

Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
36. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	131801
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 Niedrigrisikofällen 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/</p>
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,08 - 2,23
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,12 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten

Ergebnis-ID	52316
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem System-wechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,93
Vertrauensbereich bundesweit	96,80 - 97,06
Rechnerisches Ergebnis	94,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,63 - 97,19
Fallzahl	
Grundgesamtheit	122
Beobachtete Ereignisse	115

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

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

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

Ergebnis-ID	131802
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,65
Vertrauensbereich bundesweit	0,55 - 0,77
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,15

Fallzahl

Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52325
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen 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/</p>
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,72 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,57
Fallzahl	
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,36
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,85 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
40. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51186
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 Niedrigrisikofällen 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/</p>
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 15,49
Fallzahl	
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,22
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
41. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Sonden- oder Taschenprobleme), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	132001
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>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</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen 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/ 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.</p>
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,40
Fallzahl	
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,84
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,72 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
42. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Infektionen oder Aggregatperforationen), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	132002
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 Niedrigrisikofällen 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/ 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.</p>
Bundesergebnis	1,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,41
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 26,28
Fallzahl	
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,14
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 6,62 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Schockgebers/Defibrillators (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

Ergebnis-ID	132003
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,64
Vertrauensbereich bundesweit	95,15 - 96,08
Rechnerisches Ergebnis	89,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	68,61 - 97,06

Fallzahl

Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	17

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	151800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich 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
Einheit	%
Bundesergebnis	1,33

Vertrauensbereich bundesweit	1,09 - 1,63
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,43

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,90 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

Ergebnis-ID	52324
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,68
Vertrauensbereich bundesweit	0,49 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03

Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	51196
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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 Niedrigrisikofällen 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/</p>
<p>Bundesergebnis</p>	<p>0,76</p>
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	<p>0,64 - 0,90</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis</p>	<p>0</p>
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>0,00 - 15,31</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>7</p>
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,16</p>
<p>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p><= 4,62 (95. Perzentil)</p>
<p>Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>47. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt</p>	
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>111801</p>

Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,15
Vertrauensbereich bundesweit	0,09 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,92

Fallzahl

Grundgesamtheit	61
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54143
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis 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
Einheit	%
Bundesergebnis	3,43
Vertrauensbereich bundesweit	3,28 - 3,58
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,01
Fallzahl	
Grundgesamtheit	92

Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	101800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 Niedrigrisikofällen 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/</p>
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,59

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,23 - 1,47
Fallzahl	
Grundgesamtheit	128
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	6,75
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,30 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52305
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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.</p> <p>Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,13
Vertrauensbereich bundesweit	96,06 - 96,20
Rechnerisches Ergebnis	96,25

Vertrauensbereich Krankenhaus	94,07 - 97,64
Fallzahl	
Grundgesamtheit	453
Beobachtete Ereignisse	436
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
51. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	101801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich 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
Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
52. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers (berücksichtigt)	

wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	52311
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 Niedrigrisikofällen 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/</p>
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	2,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,93 - 5,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	128
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	1,69
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,43 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
53. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51191
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 Niedrigrisikofällen 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/</p>
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	1,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,32 - 4,09
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,38 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

54. 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)

Ergebnis-ID	2194
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 Niedrigrisikofällen 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/ 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.</p>
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,03

Rechnerisches Ergebnis	0,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,16 - 1,72
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,54 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55. 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)

Ergebnis-ID	2195
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 Niedrigrisikofällen 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</p>

	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/ 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.
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,76

Fallzahl

Grundgesamtheit	100
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,38

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,51 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	102001
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,31 - 97,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

57. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln

(Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	121800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 24,25

Fallzahl

Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

58. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers

Ergebnis-ID	52315
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,55 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03

Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

59. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51404
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 Niedrigrisikofällen 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/</p>
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 46,68
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,06
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,00 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
60. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54028
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 Niedrigrisikofällen 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/</p>
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	134,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	123,98 - 145,93
Fallzahl	
Grundgesamtheit	1046
Beobachtete Ereignisse	372
Erwartete Ereignisse	2,76

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,97 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	56003
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich 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
Einheit	%
Bundesergebnis	81,10
Vertrauensbereich bundesweit	80,65 - 81,55
Rechnerisches Ergebnis	96,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	84,99 - 99,63

Fallzahl

Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	28

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 75,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

62. 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

Ergebnis-ID	56004
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis 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
Einheit	%
Bundesergebnis	1,51
Vertrauensbereich bundesweit	1,38 - 1,66
Rechnerisches Ergebnis	12,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	4,23 - 26,29
Fallzahl	
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	4
Kommentar Krankenhaus	Der "Door" Zeitpunkt-Ballon-Zeit ist für alle Fälle bekannt. Der Fehler liegt hier beim Ausfüllen der Bögen. Um das künftig zu verhindern, werden Ärzte (besonders neue Ärzte) in Zukunft zum Ausfüllen der eQS -Bögen geschult.
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,50 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56008
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich 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
Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,24
Rechnerisches Ergebnis	1,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,92 - 2,95
Fallzahl	
Grundgesamtheit	640
Beobachtete Ereignisse	11
Kommentar Krankenhaus	Das Dosis-Flächenprodukt ist für alle Fälle bekannt. Der Fehler liegt hier beim Ausfüllen der Bögen. Um das künftig zu verhindern, werden Ärzte (besonders neue Ärzte) in Zukunft zum Ausfüllen der eQS -Bögen geschult.
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 0,25 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U63
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

64. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Ergebnis-ID	56014
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich 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.
Einheit	%
Bundesergebnis	95,08
Vertrauensbereich bundesweit	94,86 - 95,30
Rechnerisches Ergebnis	94,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,35 - 98,83
Fallzahl	
Grundgesamtheit	36
Beobachtete Ereignisse	34
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 94,54 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

65. 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)

Ergebnis-ID	56100
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis 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.
Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

66. 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)

Ergebnis-ID	56101
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis 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.
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,05 - 1,37
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

67. 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-ID	56103
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis 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.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,18
Vertrauensbereich bundesweit	89,06 - 89,29
Rechnerisches Ergebnis	84,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	73,31 - 92,66
Fallzahl	
Grundgesamtheit	15
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

68. 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-ID	56104
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis 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 Stimmungsverfahren 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.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	86,68
Vertrauensbereich bundesweit	86,60 - 86,76
Rechnerisches Ergebnis	90,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,92 - 94,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	15
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

69. 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-ID	56105
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis 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 Stimmungsverfahren 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.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	85,11
Vertrauensbereich bundesweit	85,05 - 85,17
Rechnerisches Ergebnis	88,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	84,32 - 91,77

Fallzahl

Grundgesamtheit	15
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56106
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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 Stimmnahmeverfahren 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</p>

	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.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	75,09
Vertrauensbereich bundesweit	74,95 - 75,23
Rechnerisches Ergebnis	63,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	53,14 - 72,83

Fallzahl

Grundgesamtheit	11
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

71. 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-ID	56107
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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</p>

	Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,65
Vertrauensbereich bundesweit	89,36 - 89,94
Rechnerisches Ergebnis	95,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	78,28 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	10
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56108
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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</p>

	das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	80,49
Vertrauensbereich bundesweit	80,28 - 80,70
Rechnerisches Ergebnis	77,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	62,80 - 89,98

Fallzahl

Grundgesamtheit	11
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

73. Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor

Ergebnis-ID	56109
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis 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.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	84,20
Vertrauensbereich bundesweit	84,01 - 84,39
Rechnerisches Ergebnis	95,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,46 - 99,64
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

74. 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-ID	56110
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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</p>

	veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,25
Vertrauensbereich bundesweit	91,02 - 91,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56111
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	79,82
Vertrauensbereich bundesweit	79,64 - 80,01

Rechnerisches Ergebnis	85,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	77,76 - 92,59
Fallzahl	
Grundgesamtheit	15
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56112
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	61,62
Vertrauensbereich bundesweit	61,39 - 61,85
Rechnerisches Ergebnis	66,16

Vertrauensbereich Krankenhaus	54,82 - 78,31
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
77. 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-ID	56113
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	49,11
Vertrauensbereich bundesweit	48,50 - 49,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

78. 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-ID	56114
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,88
Vertrauensbereich bundesweit	91,32 - 92,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
79. 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-ID	56115
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	78,26
Vertrauensbereich bundesweit	77,99 - 78,54
Rechnerisches Ergebnis	86,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	68,88 - 97,62
Fallzahl	
Grundgesamtheit	15
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
80. 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-ID	56116
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	93,53
Vertrauensbereich bundesweit	93,34 - 93,71
Rechnerisches Ergebnis	96,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	84,82 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	15
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
81. Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	56117
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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.</p>
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,50 - 3,82
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

82. 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)

Ergebnis-ID	56118
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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.</p>
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden

Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Alle Patienten/ Patientinnen, bei denen eine laparoskopisch- begonnene Sigmaresektion (ca. 40 Fälle/ Jahr) durchgeführt wurde.

Leistungsbereich	Sigmadivertikulitis – operative Therapie
Ergebnis	Diese Datenerfassung ist Voraussetzung zur Zertifizierung durch die DGAV
Messzeitraum	01.01.-31.12.
Datenerhebung	Qualitätssicherung- und Datenerfassungsstudie zur Registrierung der Verfahren, Risikofaktoren, Methoden und postop. Verlauf.
Vergleichswerte	Deutschlandweite Benchmark-Studie (jährlicher Qualitätsreport „StuDoQ“ wird erstellt.)
Quellenangabe	www.dgav.de StuDoQ – LapSigma

Alle Patienten/Patientinnen, die eine postoperative Schmerztherapie erhalten. (350 Fälle/ Jahr)

Leistungsbereich	QUIPS-Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie
Ergebnis	Mit Hilfe dieser Ergebnisse kann die postoperative Schmerztherapie laufend aktualisiert werden.
Messzeitraum	01.01.-31.12.
Datenerhebung	Ein multizentrisch, interdisziplinäres Benchmark-Projekt zur Verbesserung der Akutschmerztherapie in operativen Zentren.
Vergleichswerte	Benchmark-Projekt (Klinikum Jena)
Quellenangabe	www.quips-projekt.de

Alle an Adenokarzinom des Rektums erkrankte und operierte Patienten/ Patientinnen (ca. 20 Fälle/ Jahr)

Leistungsbereich	Operative Therapie eines Adenokarzinoms des Rektums
Ergebnis	Diese Datenerfassungsstudie ist Voraussetzung für die Zertifizierung durch OnkoZert
Messzeitraum	01.01.-31.12.
Datenerhebung	Qualitätssicherung- und Datenerfassungsstudie zur Registrierung der Verfahren, Risikofaktoren, Methoden, postop. Komplikationen,

	histo-path. Ergebnisse und Follow up
Vergleichswerte	Deutschlandweite Benchmark-Studie (jährlicher Qualitätsreport „StuDoQ“ wird erstellt.)
Quellenangabe	www.dgav.de StuDoQ – Rektumkarzinom
Alle an Adenokarzinom des Kolons erkrankte und operierte Patienten/ Patientinnen (ca. 60 Fälle/ Jahr)	
Leistungsbereich	Operative Therapie eines Adenokarzinoms des Kolons
Ergebnis	Diese Datenerfassungsstudie ist Voraussetzung für die Zertifizierung durch OnkoZert
Messzeitraum	01.01.-31.12.
Datenerhebung	Qualitätssicherung- und Datenerfassungsstudie zur Registrierung der Verfahren, Risikofaktoren, Methoden, postop. Komplikationen, histo-path. Ergebnisse und Follow up
Vergleichswerte	Deutschlandweite Benchmark-Studie (jährlicher Qualitätsreport „StuDoQ“ wird erstellt.)
Quellenangabe	www.dgav.de StuDoQ - Kolonkarzinom
Alle Patienten/Patientinnen mit einem ST-Hebungsinfarkt, die einen Kathetereingriff erhalten (ca. 40 / Jahr)	
Leistungsbereich	Kardiologie - ST-Hebungsinfarkt
Ergebnis	Systematische Datenrückkoppelung als QM-Intervention
Messzeitraum	01.01. - 31.12.
Datenerhebung	Multizentrisches Projekt zur kontinuierlichen Verbesserung des Prozessablaufs, der Behandlungszeiten und der Prognose bei Patienten mit ST-Hebungsinfarkt
Quellenangabe	www.fitt-stemi.com
Alle Patienten/ Patientinnen, die eine Hernienoperation erhalten (ca. 900 Fälle/ Jahr)	
Leistungsbereich	Hernienchirurgie
Ergebnis	Diese Datenerfassung ist Voraussetzung zur Zertifizierung der DGAV/ Hernienchirurgie
Messzeitraum	01.01.-31.12.
Datenerhebung	Qualitätssicherungsstudie und Datenerfassungsstudie
Quellenangabe	www.herniamed.de
Alle Patienten/ Patientinnen, die eine bariatrische Operation erhalten (ca. 70 Fälle/ Jahr) und durch uns ein Follow-up erhalten (ca. 700 Follow ups)	
Leistungsbereich	Adipositas-Chirurgie
Ergebnis	Diese Datenerfassung ist Voraussetzung zur Zertifizierung der DGAV/ Adipositaschirurgie
Messzeitraum	01.01.-31.12.
Datenerhebung	Qualitätssicherung- und Datenerfassungsstudie zur Registrierung der Verfahren, Risikofaktoren, Methoden, postop. Komplikationen, histo-path. Ergebnisse und Follow up
Vergleichswerte	Deutschlandweite Benchmark-Studie (jährlicher Qualitätsreport „StuDoQ“ wird erstellt.)
Quellenangabe	www.dgav.de StuDoQ – MBE (metabolische und bariatrische Erkrankungen)

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erbrachte Menge

572

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Leistungsberechtigung im Prognosejahr

Ja

Prüfung durch Landesverbände

Ja

Leistungsmenge im Berichtsjahr

572

Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres

560

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

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

C-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt?

Nein

C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108

SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt. Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.
- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.
- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	61
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	45
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	45

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie - Ebene 1 - Tagschicht	100 %
2	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Ebene 1 - Nachtschicht	100 %
3	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie - Ebene 2 - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Ebene 2 - Nachtschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
5	Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie - Ebene 3 - Tagschicht	100 %
6	Orthopädie - Ebene 3 - Nachtschicht	100 %
7	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie - Ebene 4a - Tagschicht	100 %
8	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Ebene 4a - Nachtschicht	100 %
9	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie - IMC (Intermediate Care) - Tagschicht	100 %
10	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - IMC (Intermediate Care) - Nachtschicht	100 %
11	Intensivmedizin - Intensivstation - Tagschicht	100 %
12	Intensivmedizin - Intensivstation - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie - Ebene 1 - Tagschicht	100 %
2	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Ebene 1 - Nachtschicht	85,25 %
3	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie - Ebene 2 - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Ebene 2 - Nachtschicht	94,26 %
5	Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie - Ebene 3 - Tagschicht	100 %
6	Orthopädie - Ebene 3 - Nachtschicht	88,25 %
7	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie - Ebene 4a - Tagschicht	99,72 %
8	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Ebene 4a - Nachtschicht	99,72 %
9	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie - IMC (Intermediate Care) - Tagschicht	100 %
10	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - IMC (Intermediate Care) - Nachtschicht	100 %
11	Intensivmedizin - Intensivstation - Tagschicht	95,36 %
12	Intensivmedizin - Intensivstation - Nachtschicht	84,15 %

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

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.

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort

Nein