



Marienkrankenhaus Kassel
gGmbH



Strukturierter Qualitätsbericht 2019

Gesamtbericht

gemäß § 137 Satz 1 SGB V

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	4
A-0 Fachabteilungen	4
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	4
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	8
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	9
A-9 Anzahl der Betten	10
A-10 Gesamtfallzahlen	10
A-11 Personal des Krankenhauses	10
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	13
A-13 Besondere apparative Ausstattung	25
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	25
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .	26
B-[1] Medizinische Klinik Kassel	26
B-[2] Chirurgische Klinik Kassel	37
B-[3] Innere Medizin Belegabteilung Kassel	46
B-[4] Gefäßchirurgie Belegabteilung Kassel	54
B-[5] HNO Belegabteilung Kassel	58
B-[6] Gynäkologie Belegabteilung Kassel	64

B-[7]	Anästhesie, Chirurgische Intensivmedizin und Schmerztherapie Kassel	70
B-[8]	Allgemeine Chirurgie Volkmarsen	72
B-[9]	Innere Medizin Volkmarsen	80
B-[10]	Frauenheilkunde und Geburtshilfe Volkmarsen	87
B-[11]	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde Volkmarsen	94
C	Qualitätssicherung	99
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	99
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	196
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	197
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	197
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	199
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	200
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	201

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

vor Ihnen befindet sich der strukturierte Qualitätsbericht der Marienkrankenhaus Kassel gGmbH.

Die gGmbH betreibt zwei Krankenhäuser in Nordhessen: das Marienkrankenhaus Kassel und das St. Elisabeth-Krankenhaus Volkmarsen. Gemeinsam mit dem St. Vinzenz-Krankenhaus in Hanau und dem Herz-Jesu-Krankenhaus Fuldagehören sie zur St. Vinzenz Krankenhaus gGmbH Fulda.

Die nordhessischen Krankenhäuser sind der Grund- und Regelversorgung zugeordnet und decken daher das allgemeine Behandlungsspektrum der jeweiligen Fachabteilungen ab. Daneben sind Schwerpunkte ausgewiesen.

Das Marienkrankenhaus Kassel betreibt als Hauptabteilungen die Medizinische und die Chirurgische Klinik. Weiterhin existieren Belegabteilungen für Innere Medizin, Varizenchirurgie, HNO und Gynäkologie. Das St. Elisabeth-Krankenhaus in Volkmarsen ist ein reines Belegkrankenhaus mit einer sehr großen Gefäßchirurgie, einer internistischen und einer gynäkologischen Abteilung. Detaillierte Angaben zu den Leistungsangeboten können Sie diesem Bericht oder auch den beiden Standortberichten entnehmen.

Sollten Sie Fragen oder Interesse bzgl. einer konkreten Behandlung haben, freuen wir uns auf Ihre Kontaktaufnahme.

Herzliche Grüße
von der Krankenhausleitung der Marienkrankenhaus Kassel gGmbH

Einleitung

Datum der Erstellung des Qualitätsberichts:
23.10.2020

Hersteller der Software zur Erstellung des XML:
3M Medica
Zweigniederlassung der 3M Deutschland GmbH
Health Information Systems
Hammfelddamm 11
D41460 Neuss

Verwendete Software:
3M QM-Portal, Modul QS-Bericht, Version 2020.3.0.1

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Dipl. Ges. Ök. Michael Schmidt, Geschäftsführer
Telefon:	0561 8073 1000
Fax:	
E-Mail:	info@marienkrankenhaus-kassel.de

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Dr. med. Sabine Brand, Medizincontrolling/Patientenkoordination
Telefon:	0561 8073 1060
Fax:	
E-Mail:	s.brand@marienkrankenhaus-kassel.de

Links:

Link zur Internetseite des Krankenhauses:	http://www.marienkrankenhaus-kassel.de
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	http://www.adipositaszentrum-nordhessen.de

Weiterführende Links:

	URL	BESCHREIBUNG
1	www.st-vinzenz-fulda.de	Homepage des Trägers der Marienkrankenhaus Kassel gGmbH
2	www.elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de	Homepage der Betriebsstätte St. Elisabeth-Krankenhaus Volkmarsen in der Marienkrankenhaus Kassel gGmbH

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0100	Medizinische Klinik Kassel
2	Hauptabteilung	1500	Chirurgische Klinik Kassel
3	Belegabteilung	0100	Innere Medizin Belegabteilung Kassel
4	Belegabteilung	1500	Gefäßchirurgie Belegabteilung Kassel
5	Belegabteilung	2600	HNO Belegabteilung Kassel
6	Belegabteilung	2400	Gynäkologie Belegabteilung Kassel
7	Nicht-Bettenführend	3791	Anästhesie, Chirurgische Intensivmedizin und Schmerztherapie Kassel
8	Belegabteilung	1500	Allgemeine Chirurgie Volkmarsen
9	Belegabteilung	0100	Innere Medizin Volkmarsen
10	Belegabteilung	2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe Volkmarsen
11	Belegabteilung	2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde Volkmarsen

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Marienkrankenhaus Kassel gGmbH
PLZ:	34127
Ort:	Kassel
Straße:	Marburger Str.
Hausnummer:	85
IK-Nummer:	260620066
Standort-Nummer:	99
Telefon-Vorwahl:	0561
Telefon:	80730
Krankenhaus-URL:	http://www.marienkrankenhaus-kassel.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Marienkrankenhaus Kassel
PLZ:	34127
Ort:	Kassel
Straße:	Marburger Str.
Hausnummer:	85
IK-Nummer:	260620066
Standort-Nummer:	1
E-Mail:	info@marienkrankenhaus-kassel.de
Standort-URL:	http://www.marienkrankenhaus-kassel.de

Standort-Name:	St. Elisabeth Krankenhaus
PLZ:	34471
Ort:	Volkmarsen
Straße:	Warburger Straße
Hausnummer:	6
IK-Nummer:	260620066
Standort-Nummer:	2
E-Mail:	info@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de
Standort-URL:	http://www.elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Marienkrankenhaus Kassel gGmbH
Träger-Art:	freigemeinnützig

Die Marienkrankenhaus Kassel gGmbH mit beiden Standorten steht unter der Führung der Vinzenz-von-Paul-Stiftung Fulda.

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität:

1	Georg-August-Universität Göttingen
---	------------------------------------

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
1	Sozialdienst <i>Der Sozialdienst kümmert sich um die Organisation ambulanter und stationärer Anschlussbehandlung, um häusliche Pflege, Palliativversorgung und um die Hilfsmittelversorgung.</i>
2	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
3	Atemgymnastik/-therapie <i>Allgemeine Atemgymnastik erfolgt über die Physiotherapeuten, spezielle Betreuung invasiv und nicht-invasiv beatmeter Patienten durch Atmungstherapeuten.</i>
4	Medizinische Fußpflege <i>Kooperation mit einer angegliederten Praxis, die über die Anerkennung zum Podologen verfügt</i>
5	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
6	Massage
7	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
8	Wärme- und Kälteanwendungen
9	Manuelle Lymphdrainage
10	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
11	Schmerztherapie/-management <i>Es existiert ein interdisziplinäres Schmerzteam mit Ärzten und Pflegekräften. Teilnahme an qualitätssichernden Maßnahmen bzgl. der postoperativen Schmerztherapie.</i>
12	Wundmanagement <i>In jedem Pflegebereich sind ausgebildete Wundmanager tätig.</i>
13	Stomatherapie/-beratung <i>Kooperation mit einem externen Anbieter</i>
14	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>Kooperation mit einem externen Anbieter</i>
15	Diät- und Ernährungsberatung <i>Angebot bei verschiedenen Stoffwechselerkrankungen und insbesondere im Rahmen der multimodalen Kurse zur Adipositas therapie.</i>
16	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>Kooperation mit einer Praxis für Logopädie</i>
17	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/ Tagespflege <i>Bzgl. Langzeit-Heimbeatmung besteht ein regelmäßiger Konsiliardienst in den versorgenden Pflegeeinrichtungen.</i>
18	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Bei Erfordernis intensive individuelle Beratung und Betreuung zu allen relevanten Aspekten der Erkrankung und Versorgung.</i>
19	Basale Stimulation
20	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Es werden regelmäßige Vorträge über interessante medizinische Themen für Patienten und Interessierte angeboten.</i>
21	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>Kassel: Juni 2020 Ernennung der Inneren Medizin/Diabetologie zum Zertifizierten Diabeteszentrum DDG. Volkmarsen: Enge Kooperation mit einer diabetologischen Schwerpunktpraxis, die Patienten auch während des stat. Aufenthalts in allen Belangen betreut.</i>
22	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen <i>Kontakte zu Selbsthilfegruppen werden durch den Sozialdienst vermittelt.</i>
23	Kinästhetik
24	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>Durch eine hohe Zahl von Weiterbildungen in der Palliativmedizin ist bei Bedarf eine palliativ orientierte medizinisch-pflegerische Versorgung der Patienten gewährleistet. Es bestehen besondere Kenntnisse und Angebote für den Umgang mit Demenzkranken.</i>
25	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik <i>Beleghebammentätigkeit bis 30.06.2019. Zum 01.07.2019 wurde die Geburtshilfe geschlossen.</i>
26	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen <i>Beleghebammentätigkeit bis 30.06.2019. Zum 01.07.2019 wurde die Geburtshilfe geschlossen.</i>
27	Stillberatung <i>Beleghebammentätigkeit bis 30.06.2019. Zum 01.07.2019 wurde die Geburtshilfe geschlossen.</i>
28	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik <i>Beleghebammentätigkeit bis 30.06.2019. Zum 01.07.2019 wurde die Geburtshilfe geschlossen.</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	LEISTUNGSANGEBOT
1	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Zur Auswahl stehen Einbettzimmer im normalen Wahlleistungsbereich und in Kassel zusätzlich in einem Komfort-Wahlleistungsbereich.</i>
2	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Es stehen Zweibettzimmer im normalen Wahlleistungsbereich und in Kassel zusätzlich in einem Komfort-Wahlleistungsbereich zur Auswahl.</i>
3	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)

	LEISTUNGSANGEBOT
	<i>Begleitpersonen können bei medizinischer Notwendigkeit mit aufgenommen werden. Ohne medizinische Notwendigkeit ist eine Aufnahme nur bei ausreichenden Bettenkapazitäten gegen Kostenerstattung möglich.</i>
4	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
5	Seelsorge/spirituelle Begleitung
	<i>Die Seelsorge wird durch eine Ordensschwester und zwei Pfarrer durchgeführt.</i>
6	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
	<i>In Kassel werden mehrfach pro Jahr Patientenvorträge zu Schwerpunktthemen der Einrichtung oder allgemein interessanten medizinischen Themen angeboten. Über krankenhausspezifische Themen wird in beiden Einrichtungen mit etlichen Flyern informiert.</i>
7	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
	<i>Bei Bedarf wird über den Sozialdienst ein Kontakt hergestellt. Einige Ärzte sind regelmäßig bei Treffen von Selbsthilfegruppen aktiv.</i>
8	Rooming-in
	<i>Familienzimmer bis 30.06.2019. Zum 01.07.2019 wurde die Geburtshilfe geschlossen.</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name/Funktion:	Bianca Fuellgrabe, Belegungsmanagement
Telefon:	0561 8073 1450
Fax:	0561 8073 4060
E-Mail:	b.fuellgrabe@marienkrankenhaus-kassel.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
2	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
3	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
	<i>Es stehen spezielle Betten, Nachtstühle und Lifter zur Verfügung.</i>

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
4	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
5	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
6	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten <i>Für die Behandlung sehr übergewichtiger Personen stehen alle erforderlichen Geräte bereit.</i>
7	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
8	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen <i>Sehbehinderte und blinde Menschen werden nach Bedarf in allen Belangen unterstützt.</i>
9	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
10	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
11	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
12	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
13	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen <i>Teilnahme am Projekt "Barrierefreies Nordwaldeck"</i>
14	Diätetische Angebote <i>Alle gängigen Diäten werden von der Küche angeboten. Bei speziellen Problemen erfolgt eine direkte Absprache mit der Diätassistentin.</i>
15	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>Sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Dienst stehen Mitarbeiter mit verschiedenen meist muttersprachlich erworbenen Fremdsprachenkenntnissen zur Verfügung.</i>
16	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung <i>Die Krankenhauskapelle steht allen Patienten und Besuchern zur Verfügung.</i>
17	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
18	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien <i>Die administrativen Tätigkeiten bei Phase III/IV-Studien werden von einer Studienschwester erledigt.</i>
2	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten <i>Lehraufträge an der Georg-August-Universität Göttingen und der Julius-Maximilians-Universität Würzburg</i>

	AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN
3	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
	<i>In den Hauptfachabteilungen Medizinische Klinik und Chirurgische Klinik und in der nicht bettenführenden Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie können Famulaturen und Teile des Praktischen Jahres absolviert werden.</i>

Diese Angaben gelten nur für den Standort Marienkrankenhaus Kassel.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

	AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
	<i>Die Marienkrankenhaus Kassel gGmbH ist Gesellschafter CBG Christliches Bildungsinstitut für Gesundheitsberufe gemeinnützige GmbH in Kassel. Für einen Teil der Schüler und Schülerinnen findet der größte Teil der praktischen Ausbildung im Marienkrankenhaus statt.</i>
2	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
	<i>Diese Ausbildung wird in Kooperation mit dem CBG seit 2020 angeboten.</i>

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten: 267

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	12633
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	10404

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	55,48	55,48	0,00	2,27	53,21
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	24,24	24,24	0,00	2,85	21,39
Belegärztinnen und Belegärzte	22				

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

Drei der genannten zwölf Belegärzte sind Anästhesisten, die Patienten aller Fachabteilungen versorgen.

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00
---	-------

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	191,37 0,00	191,37 0,00	0,00 0,00	6,68 0,00	184,69 0,00
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,75 0,00	4,75 0,00	0,00 0,00	0,53 0,00	4,22 0,00
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,08	0,08	0,00	0,00	0,08
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	5,88 0,00	5,88 0,00	0,00 0,00	0,82 0,00	5,06 0,00
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,90	0,90	0,00	0,00	0,90
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	24,62 0,00	24,62 0,00	0,00 0,00	0,90 0,00	23,72 0,00

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diätassistentin und Diätassistent	0,04	0,04	0,00	0,00	0,04
Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	4,33	4,33	0,00	0,32	4,01
Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)	0,61	0,61	0,00	0,00	0,61
Physiotherapeutin und Physiotherapeut	5,40	5,40	0,00	0,65	4,75
Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	1,44	1,44	0,00	0,00	1,44
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	5,61	5,61	0,00	0,00	5,61

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis,
Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

An beiden Standorten der Marienkrankenhaus Kassel gGmbH erfolgt eine interne und externe Qualitätskontrolle durch Erhebungen und Sicherungsverfahren. Das Krankenhaus erhält durch Begehungen und Berichte zur Qualitätssicherung differenzierte Rückmeldungen. Durch jährliche Audits wird die Einhaltung der anspruchsvollen Qualitätsgrundsätze der DIN ISO inkl. pCC dokumentiert.

Ein Qualitätsmanagement-Handbuch ist im EDV-Netz vorhanden und wird kontinuierlich aktualisiert. Jeder Mitarbeiter hat Zugriff zu einem vernetzten PC. Der kontinuierliche Verbesserungsprozess wird durch jährliche, interne Audits in den einzelnen Abteilungen durch speziell geschulte Mitarbeiter unterstützt. Regelmäßige Qualitätszirkel fördern die Umsetzung der angestrebten Qualitätsstandards. Jährliche Zertifizierungs- bzw. Überwachungsaudits durch proCumCert (als unabhängige Prüfinstitution) garantieren die objektive Beurteilung der Prozessqualität.

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Gabriele Riedl, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	0561 8073 1501
Fax:	0561 8073 4000
E-Mail:	g.riedl@marienkrankenhaus-kassel.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/ Funktionsbereiche:	Standortübergreifende QM-Steuerungsgruppe. Teilnehmer: QMBs beider Standorte, Geschäftsführer, Pflegedirektion, Leitung Personalabteilung, Referent der Geschäftsführung, ärztlicher Direktor
Tagungsfrequenz des Gremiums:	halbjährlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgrremium

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

ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikomanagement-Handbuch Qualitätsmanagement-Handbuch</i> <i>Letzte Aktualisierung: 20.03.2018</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Auffinden eines Notfallpatienten, Reanimation, Megacode Rollenverteilung, Vorgehen bei medizinischen Notfällen auf dem Klinikgelände, Umgang mit der Notfallausrüstung</i> <i>Letzte Aktualisierung: 13.11.2019</i>
5	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Schmerztherapie postoperativ, postoperative Schmerztherapie auf Station.</i> <i>Letzte Aktualisierung: 06.11.2018</i>
6	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Expertenstandard Sturzprophylaxe</i> <i>Letzte Aktualisierung: 21.08.2017</i>
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Expertenstandard Dekubitus</i> <i>Letzte Aktualisierung: 21.08.2017</i>
8	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen.</i> <i>Letzte Aktualisierung: 18.09.2018</i>
9	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Medizintechnik Handbuch. Letzte Aktualisierung: 21.05.2019</i>
10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
13	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Periinterventionelle Identifikations- und Sicherheitscheckliste. Letzte Aktualisierung: 06.08.2020</i>
14	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Periinterventionelle Identifikations- und Sicherheitscheckliste. Letzte Aktualisierung: 06.08.2020</i>
15	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Identitätssicherung, Patientenidentifikationsarmband, Periinterventionelle Identifikations- und Sicherheitscheckliste, Endoskopiecheckliste. Letzte Aktualisierung: 06.08.2020</i>
16	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standard Aufwachraum; Wachheitsstörungen; Ernährung prä- und postoperativ; diverse Standards für einzelne OP-Formen. Letzte Aktualisierung: 27.02.2019</i>
17	Entlassungsmanagement
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-KH-0060_Dokumentation_Brassindex und Entlassmodul MKH_Rev.02.pdf; VA-KH-0012_Patientendurchlauf MKH_Entlassung eines Patienten_Rev.02.pdf Letzte Aktualisierung: 12.12.2017</i>

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen:

☒	Tumorkonferenzen
☒	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
☐	Pathologiebesprechungen
☒	Palliativbesprechungen
☒	Qualitätszirkel
☐	Andere

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: jährlich</i>
2	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 25.10.2017</i>
3	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: monatlich</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Fallkonferenz; Techn. Problemlösung Türschließanlage; Geräteersatzbeschaffungen; Optimierung Störmeldung Konservenkühlschrank; Regelung telefon. Erreichbarkeit Haustechnik.

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	CIRS Berlin (Ärztelammer Berlin, Bundesärztelammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
2	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pfliegerat, Bundesärztelammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:

monatlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

Das Hygienemanagement hat an beiden Standorten der Einrichtung einen hohen Stellenwert und erfüllt die besonderen Anforderungen der behördlichen Vorgaben. Ein Krankenhaushygieniker (seit 2020 in direktem Beschäftigungsverhältnis) sowie zwei Hygienefachkräfte beraten regelmäßig beide Standorte. Die Anzahl der Hygienebeauftragten in der Pflege wird kontinuierlich gesteigert. Die verantwortlichen Mitarbeiter werden regelmäßig weiter geschult und geben ihr Wissen regelmäßig an alle Mitarbeiter weiter.

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	3
Hygienefachkräfte (HFK)	2
Hygienebeauftragte in der Pflege	11

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission:

halbjährlich

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:

Prof. Dr. med. Martin Konermann, Ärztlicher Direktor, Chefarzt der Medizinischen Klinik

Telefon:

0561 8073 1200

Fax:

0561 8073 4200

E-Mail:

m.konermann@marienkrankenhaus-kassel.de

Weiterhin wurde eine MRE-Gruppe mit interdisziplinärer Besetzung implementiert (Chefarzt Medizinische Klinik, Pflegedirektion, Stationsleitungen der Intensiv- und einer Normalstation, Hygienefachkraft, hygienebeauftragter Arzt).

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
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 Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

	OPTION	A
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ji
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	Ji
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	Ji

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	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 Wundauflage	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

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	33,5
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja

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

168

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

	OPTION	AUSWAHL
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
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

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
2	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: MRE-Netz Nordhessen</i>
3	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)</i>
4	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
5	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen

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

☐	AMBU-KISS
☐	CDAD-KISS
☒	HAND-KISS
☐	ITS-KISS
☐	MRSA-KISS
☐	NEO-KISS
☐	ONKO-KISS
☐	OP-KISS
☐	STATIONS-KISS
☐	SARI

A-12.4 Patientenorientiertes 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
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
7	Ein Patientenführsprecher oder eine Patientenführsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Nein

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden <i>Die an verschiedenen Stellen ausliegenden Flyer für Lob, Kritik und Anregungen können mit oder ohne Nennung des Namens ausgefüllt und in den Briefkasten im Foyer eingeworfen werden. Telefonische anonyme Beschwerden werden von jedem Mitarbeiter angenommen und schriftlich fixiert. Sofern es der Anrufer wünscht, wird das Gespräch an eine zuständige Ansprechperson weitergeleitet. An die Haus-Mailadresse können anonyme Emails versendet werden.</i>	Ja
9	Patientenbefragungen <i>Durchführung alle 2 bis 3 Jahre.</i>	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Gabriele Riedl, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	0561 8073 1501
Fax:	0561 8073 4000
E-Mail:	info@marienkrankenhaus-kassel.de

Name/Funktion:	Christel Keim, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	05693 680 111
Fax:	05693 680 133
E-Mail:	c.keim@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums:	Kein Gremium Arbeitsgruppe
-------------------	----------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	nein
---	------

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	2
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	2
Erläuterungen:	Das pharmazeutische Personal wird von einer Krankenhausapotheke gestellt. Es besteht ein Versorgungsvertrag, in dem sämtliche Leistungsinhalte festgelegt sind.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
3	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
4	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
5	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
6	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
7	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
8	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
9	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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
- ☐ Sonstiges

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)
- ☐ Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
- ☐ Sonstiges

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)
☒	Andere

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
☐	Sonstiges

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	3D-Laparoskopie-System	3D-Laparoskopie-System	
2	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	
3	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja
4	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
5	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Nein
	<i>Notfalluntersuchungen außerhalb der regulären Dienstzeit werden im Rahmen von Verbringungen durchgeführt.</i>		
6	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
7	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
	<i>in Zusammenarbeit mit unserem niedergelassenen Belegarzt</i>		
8	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein
	<i>Ein EEG steht im Rahmen einer Kooperation mit dem am Krankenhausstandort angesiedelten Neurozentrum als externe Konsilleistung zur Verfügung.</i>		

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 Abschläge vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe vereinbart: Ja

Stufen der Notfallversorgung:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☒ | Basisnotfallversorgung (Stufe 1) |
| ☐ | Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) |
| ☐ | Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3) |

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.

Die Angaben gelten für den Standort Kassel.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Medizinische Klinik Kassel

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik Kassel
Straße:	Marburger Str.

Hausnummer:	85
PLZ:	34127
Ort:	Kassel
URL:	http://www.marienkrankenhaus-kassel.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0100) Innere Medizin

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Priv. Doz. Dr. med. Andreas Bastian, Schwerpunkte Pneumologie, Weaning, Intensivmedizin
Telefon:	0561 8073 1200
Fax:	0561 8073 4200
E-Mail:	a.bastian@marienkrankenhaus-kassel.de
Adresse:	Marburger Str. 85
PLZ/Ort:	34127 Kassel

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Martin Konermann, Schwerpunkte Kardiologie, Angiologie, Schlafmedizin
Telefon:	0561 8073 1200
Fax:	0561 8073 4200
E-Mail:	m.konermann@marienkrankenhaus-kassel.de
Adresse:	Marburger Str. 85
PLZ/Ort:	34127 Kassel

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
2	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten <i>Während der normalen Arbeitszeit werden Herzkathetereingriffe vor Ort durchgeführt. Außerhalb dieser Zeiten werden Notfalluntersuchungen als Verbringungsleistungen erbracht. Stressechokardiographie und Kontrastmittelechokardiographie stehen im Haus zur Verfügung.</i>
3	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen <i>Es werden sowohl Herzschrittmacher als auch Defibrillatoren implantiert und nachgesorgt.</i>
4	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
5	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes <i>Seit 2019 besteht eine ASV- Ambulanz zur Diagnostik und Therapie der PAH..</i>
6	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge <i>Zertifiziertes Weaningzentrum. Einleitung nichtinvasiver Heimbeatmung bei chron. Atemversagen, Diagnostik und Behandlung aller Erkrankungen des Atmungssystems, Funktionsdiagnostik incl. Spiroergometrie, Spiegelungen, interventionelle Therapien.</i>
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura <i>Neben bildgebenden Verfahren werden Pleurapunktionen, -biopsien, -drainagen, -langzeitdrainagen, Thorakoskopien und thorakoskopische Pleurodesen durchgeführt.</i>
8	Tuberkulose <i>Wir diagnostizieren und behandeln Tuberkulose stationär und in einer ASV-Ambulanz.</i>
9	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten <i>Auf einer Station stehen mehrere Isolationszimmer mit Schleuse und modernster technischer Ausstattung zur Verfügung.</i>
10	Spezialsprechstunde
11	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas <i>Es können alle wesentlichen Erkrankungen diagnostiziert und therapiert werden.</i>
13	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) <i>Neben den Spiegelungen des oberen und unteren Verdauungstraktes stehen auch die Spiegelung des Dünndarmes, die Endosonographie, die Kapselendoskopie, die Kontrastmittelsonographie und sämtliche Punktionsverfahren und alle interventionellen Therapieverfahren (letztere in Kooperation) zur Verfügung.</i>
14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
15	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen <i>Z. B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn. Enge Zusammenarbeit mit einem im Krankenhaus ansässigen niedergelassenen Gastroenterologen.</i>
16	Schmerztherapie <i>Wir arbeiten mit einem interdisziplinären Team nach einem Konzept zum schmerzfreien Hospital.</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
17	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren <i>Enge Zusammenarbeit mit einer im Haus angesiedelten angiologischen Praxis.</i>
18	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
19	Intensivmedizin <i>Zertifiziertes Weaningzentrum zur Entwöhnung von Langzeitbeatmungen. Gastroenterologische und kardiologische Intensivmedizin. Mitbehandlung aller Begleiterkrankungen einschl. dialysepflichtiger Niereninsuffizienz.</i>
20	Endoskopie <i>Neben den gängigen diagnostischen/therapeutischen Verfahren stehen für den Verdauungstrakt die Kapselendoskopie und die Endosonographie, für das Bronchialsystem endobronchialer Ultraschall mit Mini-Sonden zur Verfügung. Dabei können Punktionen, Kryotherapie und APC-Koagulation durchgeführt werden.</i>
21	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin <i>In unserem Schlaflabor stehen elf komfortable Zimmer mit Hotelcharakter für stationäre und ambulante Behandlung zur Verfügung.</i>
22	Ganzheitliche Versorgung <i>Es ist uns wichtig, neben unseren Schwerpunkten auch für alle anderen medizinischen Probleme unserer Patienten kompetenter Ansprechpartner zu sein. Bei der Behandlung verfolgen wir grundsätzlich einen ganzheitlichen Ansatz.</i>

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	5754
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	645
2	J44.80	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 <35 % des Sollwertes	239
3	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	189
4	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	189
5	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	149
6	J44.81	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 ≥35 % und <50 % des Sollwertes	143
7	J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	135
8	K29.1	Sonstige akute Gastritis	134
9	J44.82	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 ≥50 % und <70 % des Sollwertes	110

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	J44.11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes	107
11	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	102
12	J96.11	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	88
13	E86	Volumenmangel	82
14	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	67
15	J44.12	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes	66
16	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	66
17	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	55
18	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	54
19	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	45
20	R55	Synkope und Kollaps	42
21	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	40
22	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	40
23	I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	40
24	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	39
25	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	39
26	J84.1	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose	38
27	J45.9	Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet	38
28	A46	Erysipel [Wundrose]	37
29	R06.0	Dyspnoe	37
30	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	36

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	997
2	G47	Schlafstörungen	688
3	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	241
4	K29	Gastritis und Duodenitis	235
5	I50	Herzinsuffizienz	225
6	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	155

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	130
8	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	115
9	E86	Volumenmangel	82

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-710	Ganzkörperplethysmographie	3581
2	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1075
3	1-790	Polysomnographie	955
4	8-716.10	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung: Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten häuslichen Beatmung: Nicht invasive häusliche Beatmung	764
5	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	763
6	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	696
7	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	646
8	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	618
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	616
10	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	539
11	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	402
12	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	310
13	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	286
14	3-202	Native Computertomographie des Thorax	273
15	8-716.00	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung: Ersteinstellung: Nicht invasive häusliche Beatmung	267
16	8-717.1	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen: Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie	253
17	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	252
18	3-200	Native Computertomographie des Schädels	219
19	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	215
20	8-717.0	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen: Ersteinstellung	213

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	211
22	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	190
23	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	171
24	9-401.23	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden	163
25	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	156
26	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	147
27	3-05f	Transbronchiale Endosonographie	141
28	1-426.3	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Lymphknoten, mediastinal	129
29	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	129
30	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	120

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-710	Ganzkörperplethysmographie	3581
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie	1091
3	8-716	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung	1043
4	9-401	Psychosoziale Interventionen	1003
5	1-790	Polysomnographie	955
6	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	838
7	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	696
8	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	685
9	1-650	Diagnostische Koloskopie	618
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	616
11	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	539
12	8-717	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen	466
13	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	326
14	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	310
15	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	286

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	276
17	3-202	Native Computertomographie des Thorax	273
18	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	266
19	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	252
20	3-200	Native Computertomographie des Schädels	219
21	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	156
22	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	142
23	3-05f	Transbronchiale Endosonographie	141
24	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	135
25	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	132
26	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	120
27	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	79
28	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	69
29	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	63
30	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	59

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Erstversorgung internistischer Notfälle, die nicht den Hausarzt oder örtlichen Notfalldienst aufgesucht haben.</i>
2	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Vor- und nachstationäre Behandlungen werden im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben zur Verkürzung stationärer Aufenthalte in großem Umfang durchgeführt.</i>
3	SCHLAFLABORDIAGNOSTIK UND -THERAPIE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
	<i>Die Ermächtigungsambulanz ist auf Prof. Dr. med. Martin Konermann beschränkt.</i>
4	TUBERKULOSEAMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VI27 - Spezialsprechstunde
	<i>Diagnostik und Therapie bei Tuberkulose und Verdacht auf Tuberkulose</i>

5	AMBULANZ FÜR PULMONALE HYPERTONIE (PAH)
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	<i>Diagnostik und Therapie der pulmonalen Hypertonie</i>
6	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	<i>Beide Chefärzte führen in angemessenem Umfang eine Privatambulanz mit den jeweiligen Schwerpunkten.</i>

Im Jahr 2019 wurde zusätzlich die Genehmigung zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Patienten mit pulmonaler Hypertonie (PAH) erteilt.

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	10
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	< 4
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	< 4

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	31,30	31,30	0,00	1,50	29,80	193,1
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	9,21	9,21	0,00	1,12	8,09	711,2

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin und Pneumologie
2	Innere Medizin und Kardiologie
3	Innere Medizin und Angiologie
4	Innere Medizin

Die spezielle Gastroenterologie wird durch eine enge Kooperation mit einem am Krankenhausstandort niedergelassenen Gastroenterologen ermöglicht.

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Infektiologie
3	Palliativmedizin
4	Notfallmedizin
5	Schlafmedizin
6	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

Seit 2020 wird auch die Zusatzweiterbildung Diabetologie vorgehalten.

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	95,89	95,89	0,00	1,99	93,90	61,3
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,85	1,85	0,00	0,15	1,70	3384,7
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,98	1,98	0,00	0,18	1,80	3196,7
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,55	11,55	0,00	0,65	10,90	527,9

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Pflege in der Endoskopie
4	Praxisanleitung
5	Hygienefachkraft
6	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Schmerzmanagement
2	Wundmanagement
3	Palliative Care
4	Atmungstherapie

B-[2] Chirurgische Klinik Kassel

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Chirurgische Klinik Kassel
Straße:	Marburger Str.
Hausnummer:	85
PLZ:	34127
Ort:	Kassel
URL:	http://www.marienkrankenhaus-kassel.de

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Priv. Doz. Dr. med. Johannes Heimbucher, Schwerpunkte Viszeralchirurgie, Coloproktologie, Adipositaschirurgie, Refluxdiagnostik und –chirurgie, Viszerale Onkologie
Telefon:	0561 8073 1300
Fax:	0561 8073 4300
E-Mail:	j.heimbucher@marienkrankenhaus-kassel.de
Adresse:	Marburger Str. 85
PLZ/Ort:	34127 Kassel

Name/Funktion:	Dr. med. Michael Hoffmann, Leiter des Hernienzentrums
Telefon:	0561 8073 1300
Fax:	0561 8073 4300
E-Mail:	m.hoffmann@marienkrankenhaus-kassel.de
Adresse:	Marburger Str. 85

PLZ/Ort:

34127 Kassel

Aus vorgegebenen formalen Gründen ist tabellarisch leider nur die Angabe von zwei Chefärzten möglich.

In der Chirurgischen Klinik ist ein dritter Chefarzt tätig, der nachfolgend genannt wird:

PD Dr. med. Wulf Hamelmann
Leiter des Zentrums für Endokrine Chirurgie
Tel. 0561 8073-1300
w.hamelmann@marienkrankenhaus-kassel.de

B-[2].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:

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Minimalinvasive laparoskopische Operationen <i>Nahezu alle geplanten Bauchoperationen werden minimal invasiv (laparoskopisch) vorgenommen. ("Schlüssellochchirurgie")</i>
2	Hernienchirurgie <i>Leisten-, Schenkelhernien, komplexe Narbenhernien und parastomale Hernien werden fast ausschließlich laparoskopisch mit Netzimplantation versorgt, klassische offen und kombinierte offen-laparoskopische Verfahren mit Netzimplantation sind ebenfalls möglich.</i>
3	Endokrine Chirurgie <i>Es werden insbesondere Eingriffe an Schilddrüsen, Nebenschilddrüsen und Nebennieren durchgeführt. Hierbei wird das Neuromonitoring des N. recurrens (Überwachung der Funktion eines nah an der Schilddrüse verlaufenden Nerven) standardmäßig angewandt.</i>
4	Adipositaschirurgie <i>Im Adipositaszentrum wird das gesamte Spektrum der Adipositaschirurgie (Implantation von Magenballon und Magenband, Bypass, resezierende OP-Verfahren) angeboten. Die Vor- und Nachsorge erfolgt in enger Abstimmung mit Kooperationspartnern. Siehe auch http://www.adipositaszentrum-nordhessen.de.</i>
5	Magen-Darm-Chirurgie <i>Durchgeführt werden nahezu alle Operationsverfahren am Magen und gesamten Dünn- und Dickdarm einschließlich Enddarm bei gutartigen und bösartigen Erkrankungen. Dabei erfolgen die meisten Eingriffe laparoskopisch. Einen Schwerpunkt stellt die Anti-Reflexchirurgie bei Zwerchfellhernien dar.</i>
6	Speiseröhrenchirurgie <i>Speiseröhreneingriffe bei Sodbrennen und anderen Funktionsstörungen werden häufig vorgenommen (Fundoplikatio, magnetisches Antirefluxsystem, Verschluss eines Zwerchfellbruchs, Eingriffe bei Divertikeln). Diagnosestellung mittels Endoskopie, Röntgen, Langzeit-pH-Metrie, Manometrie, Ernährungsanalyse.</i>
7	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie <i>Hier sind die fast ausschließlich laparoskopisch durchgeführten Gallenblasenentfernungen zu betonen. Größere Leber- oder Pankreaseingriffe werden nicht durchgeführt.</i>
8	Tumorchirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
<i>Die hiesige Tumorchirurgie betrifft den Abdominalbereich. Die Behandlung erfolgt umfassend unter Einbeziehung angrenzender interner und externer Fachbereiche (Onkologie, Schmerztherapie, Ernährungstherapie, Strahlentherapie). Das Marienkrankenhaus ist Mitglied im Tumorzentrum Nordhessen.</i>	
9	Portimplantation <i>Einpflanzung eines Kathetersystems zur regelmäßigen Infusionsbehandlung, z. B. bei Chemotherapie.</i>
10	Wirbelsäulenchirurgie <i>Operiert werden Bandscheibenvorfälle, Spinalkanalstenosen und Wirbelsäuleninstabilität durch Konsil-Neurochirurgen.</i>
11	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule <i>Operative Behandlung von Bandscheibenvorfällen, Spinalkanalstenosen, Instabilitäten durch Konsil-Neurochirurgen</i>
12	Chirurgische Intensivmedizin <i>Für den Bedarfsfall stehen Betten sowohl auf einer Intermediate Care-Einheit als auch auf der Intensivstation mit allen technischen Möglichkeiten zur Verfügung. Die Patienten werden gemeinschaftlich von Chirurgen und Anästhesisten betreut.</i>

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	4105
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	413
2	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	276
3	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	266
4	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	227
5	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	192
6	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	187
7	M47.26	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbalbereich	180
8	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	154
9	E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	149
10	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	140
11	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	97
12	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	88
13	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	81

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	81
15	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	61
16	M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich	57
17	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	56
18	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	43
19	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	42
20	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	41
21	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	40
22	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	37
23	K66.0	Peritoneale Adhäsionen	36
24	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	34
25	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	34
26	K61.0	Analabszess	34
27	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	33
28	E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	33
29	E04.1	Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten	32
30	M47.22	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Zervikalbereich	30

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K40	Hernia inguinalis	657
2	M48	Sonstige Spondylopathien	334
3	K80	Cholelithiasis	316
4	E04	Sonstige nichttoxische Struma	309
5	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	234
6	M47	Spondylose	218
7	K43	Hernia ventralis	195
8	E66	Adipositas	154
9	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	141
10	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	132
11	K42	Hernia umbilicalis	110

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	96
13	K35	Akute Appendizitis	94

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	621
2	5-832.4	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Arthrektomie, partiell	610
3	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	397
4	3-137	Ösophagographie	384
5	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	345
6	5-032.30	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Hemilaminektomie LWS: 1 Segment	337
7	5-033.0	Inzision des Spinalkanals: Dekompression	313
8	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	293
9	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	273
10	5-831.0	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe	249
11	5-832.0	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Spondylophyt	218
12	5-832.6	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Unkofoamiektomie	214
13	5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	190
14	5-839.61	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente	183
15	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei normalem Situs	175
16	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiole: Laparoskopisch	172
17	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	167
18	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	144
19	5-063.0	Thyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	135

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	5-835.b0	Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen	112
21	5-434.51	Atypische partielle Magenresektion: Herstellung eines Schlauchmagens [Sleeve Resection]: Laparoskopisch	111
22	5-030.71	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral: 2 Segmente	106
23	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	104
24	5-030.70	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral: 1 Segment	103
25	5-059.f0	Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Gepulste Radiofrequenzbehandlung an Ganglien: Durch Radiofrequenzkanüle	103
26	5-536.41	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal	101
27	5-831.7	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Reoperation mit Radikulolyse bei Rezidiv	100
28	5-032.02	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: Mehr als 2 Segmente	99
29	5-534.31	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal	98
30	5-067.1	Parathyreoidektomie: Mit Replantation (Autotransplantation)	95

B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	1057
2	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	693
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	683
4	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	621
5	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	469
6	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	425
7	3-137	Ösophagographie	384
8	5-511	Cholezystektomie	365
9	5-033	Inzision des Spinalkanals	332
10	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	273
11	5-469	Andere Operationen am Darm	234
12	5-030	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule	218

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
13	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	216
14	5-063	Thyreoidektomie	188
15	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	180
16	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	179
17	1-632	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie	177
18	5-835	Knochenersatz an der Wirbelsäule	173
19	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	165
20	1-650	Diagnostische Koloskopie	153
21	5-836	Spondylodese	148
22	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	144
23	5-062	Andere partielle Schilddrüsenresektion	142
24	5-538	Verschluss einer Hernia diaphragmatica	129
25	5-434	Atypische partielle Magenresektion	124
26	5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	123
27	5-470	Appendektomie	106
28	5-067	Parathyreoidektomie	104
29	5-059	Andere Operationen an Nerven und Ganglien	103
30	5-061	Hemithyreoidektomie	92

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Vor- und nachstationäre Behandlungen werden im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben zur Verkürzung stationärer Aufenthalte durchgeführt.</i>
2	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Erstversorgung chirurgischer Notfälle, die nicht stationär aufgenommen werden müssen.</i>
3	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	11
2	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	10
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	4
4	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	4
5	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
6	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4
7	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4
8	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	< 4
9	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
10	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
11	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
12	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	< 4
13	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	15,71	15,71	0,00	0,51	15,20	270,1
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	8,02	8,02	0,00	0,92	7,10	578,2

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Viszeralchirurgie
2	Allgemeinchirurgie

Über eine Kooperation mit dem am Krankenhausstandort ansässigen Wirbelsäulenzentrum stehen auch Neurochirurgen für Wirbelsäuleneingriffe zur Verfügung.

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Spezielle Viszeralchirurgie
2	Proktologie

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	57,39	57,39	0,00	4,69	52,70	77,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,38	1,38	0,00	0,38	1,00	4105,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,94	1,94	0,00	0,64	1,30	3157,7
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,05	4,05	0,00	0,25	3,80	1080,3

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[2].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Intensiv- und Anästhesiepflege

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
3	Pflege im Operationsdienst
4	Hygienefachkraft
5	Pflege in der Endoskopie
6	Praxisanleitung
7	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Schmerzmanagement
2	Wundmanagement
3	Stomamanagement
4	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
5	OP-Koordination

B-[3] Innere Medizin Belegabteilung Kassel

B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Innere Medizin Belegabteilung Kassel
Straße:	Marburger Straße
Hausnummer:	85
PLZ:	34128
Ort:	Kassel

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0100) Innere Medizin

B-[3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Gero Moog, Belegarzt Gastroenterologie
Telefon:	0561 99856780
Fax:	0561 998567890
E-Mail:	info@dr-gero-Moog.de
Adresse:	Marburger Straße 85
PLZ/Ort:	34127 Kassel

Name/Funktion:	Dr. med. Serap Alp-Bastian, Belegärztin Gastroenterologie
Telefon:	0561 99856780
Fax:	0561 998567890
E-Mail:	info@dr-gero-Moog.de
Adresse:	Marburger Straße 85
PLZ/Ort:	34127 Kassel

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) <i>Schwerpunkte: Diagnostik und Therapie von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen</i>
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas <i>Schwerpunkt: Diagnostik und Therapie viraler und nicht viraler Leberentzündungen</i>
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
4	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen <i>Bei Bedarf auch Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Göttingen.</i>

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	188
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K63.5	Polyp des Kolons	18
2	K76.9	Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet	10
3	K86.2	Pankreaszyste	7
4	K75.4	Autoimmune Hepatitis	7
5	K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	6
6	K52.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	5
7	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	5
8	K75.8	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Leberkrankheiten	5
9	K74.3	Primäre biliäre Zirrhose	5
10	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	5
11	C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	5
12	D37.70	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Pankreas	5
13	K29.1	Sonstige akute Gastritis	4
14	D12.3	Gutartige Neubildung: Colon transversum	< 4
15	K22.7	Barrett-Ösophagus	< 4
16	K22.2	Ösophagusverschluss	< 4
17	K50.9	Crohn-Krankheit, nicht näher bezeichnet	< 4
18	D12.5	Gutartige Neubildung: Colon sigmoideum	< 4
19	K76.0	Fettleber [fettige Degeneration], anderenorts nicht klassifiziert	< 4
20	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	< 4
21	K51.9	Colitis ulcerosa, nicht näher bezeichnet	< 4
22	D12.0	Gutartige Neubildung: Zäkum	< 4
23	K83.1	Verschluss des Gallenganges	< 4
24	K50.88	Sonstige Crohn-Krankheit	< 4
25	D13.2	Gutartige Neubildung: Duodenum	< 4
26	R74.0	Erhöhung der Transaminasenwerte und des Laktat-Dehydrogenase-Wertes [LDH]	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	K55.32	Angiodysplasie des Dünndarmes mit Blutung	< 4
28	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	< 4
29	Z08.0	Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung	< 4
30	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	< 4

B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	81
2	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	30
3	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei normalem Situs	29
4	3-056	Endosonographie des Pankreas	28
5	1-845	Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration der Leber	24
6	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	20
7	1-447	Endosonographische Feinnadelpunktion am Pankreas	17
8	1-442.0	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber	15
9	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	12
10	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	9
11	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	8
12	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	8
13	3-053	Endosonographie des Magens	8
14	1-445	Endosonographische Feinnadelpunktion am oberen Verdauungstrakt	7
15	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	5
16	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	5
17	5-469.j3	Andere Operationen am Darm: Dilatation des Dickdarmes: Endoskopisch	4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	4
19	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	4
20	8-154.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Bauchraumes: Leber	4
21	5-429.a	Andere Operationen am Ösophagus: (Endoskopische) Ligatur (Banding) von Ösophagusvarizen	4
22	5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	4
23	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	3
24	5-469.h3	Andere Operationen am Darm: Dilatation des Dünndarmes: Endoskopisch	3
25	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	3
26	5-449.d3	Andere Operationen am Magen: Clippen: Endoskopisch	3
27	1-636.1	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums): Durch Push-and-pull-back-Technik	3
28	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	3
29	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	3
30	5-469.b3	Andere Operationen am Darm: Bougierung: Endoskopisch	3

B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	85
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	45
3	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	31
4	5-469	Andere Operationen am Darm	30
5	3-056	Endosonographie des Pankreas	28
6	1-845	Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration der Leber	24
7	1-447	Endosonographische Feinnadelpunktion am Pankreas	17
8	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	15
9	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	15
10	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	13
11	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	12
12	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	10

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
13	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	10
14	3-053	Endosonographie des Magens	8
15	5-451	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes	7
16	1-445	Endosonographische Feinnadelpunktion am oberen Verdauungstrakt	7
17	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	5
18	1-636	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums)	5
19	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	4
20	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	4
21	8-154	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Bauchraumes	4
22	5-449	Andere Operationen am Magen	4
23	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	< 4
24	1-441	Perkutane (Nadel-)Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas	< 4
25	5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	< 4
26	1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarmes	< 4
27	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	< 4
28	1-448	Endosonographische Feinnadelpunktion am hepatobiliären System	< 4
29	5-422	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus	< 4
30	1-657	(Ileo-)Koloskopie durch Push-and-pull-back-Technik	< 4

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Belegärztinnen und Belegärzte	2					94,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin und Gastroenterologie

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Diabetologie

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39,00

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,59	0,59	0,00	0,00	0,59	318,6
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,02	0,02	0,00	0,00	0,02	9400,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	18800,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,03	0,03	0,00	0,00	0,03	6266,7

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[3].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Hygienefachkraft
4	Pflege in der Endoskopie
5	Praxisanleitung

B-[3].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	Schmerzmanagement
3	Stomamanagement
4	Wundmanagement

B-[4] Gefäßchirurgie Belegabteilung Kassel

B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Gefäßchirurgie Belegabteilung Kassel
Straße:	Marburger Str.
Hausnummer:	85
PLZ:	34127
Ort:	Kassel

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[4].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Dietmar Hanschke, Belegarzt Gefäßchirurgie
Telefon:	0561 313364
Fax:	0561 313364
E-Mail:	dr.hanschke@t-online.de
Adresse:	Wilhelmshöher Allee 255
PLZ/Ort:	34131 Kassel

B-[4].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-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
	Varizenchirurgie

B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	19
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	11
2	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	8

B-[4].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	16
2	5-983	Reoperation	6
3	5-385.72	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena parva	3

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	19
2	5-983	Reoperation	6

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Belegärztinnen und Belegärzte	1					19,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Gefäßchirurgie

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,67	0,67	0,00	0,00	0,67	28,4
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,03	0,03	0,00	0,00	0,03	633,3
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,03	0,03	0,00	0,00	0,03	633,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,02	0,02	0,00	0,00	0,02	950,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[4].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Pflege im Operationsdienst
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Hygienefachkraft
4	Praxisanleitung

B-[4].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Schmerzmanagement
2	Wundmanagement

B-[5] HNO Belegabteilung Kassel

B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	HNO Belegabteilung Kassel
Straße:	Marburger Str.
Hausnummer:	85
PLZ:	34127
Ort:	Kassel

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2600) Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[5].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Die Angabe eines Chefarztes ist nicht zu verantwortenden technischen Vorgaben des G-BA geschuldet. Alle drei Belegärzte arbeiten kollegial miteinander, einen ausgewiesenen Chefarzt gibt es in der Abteilung nicht.

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Thomas Wetzig, HNO-Belegarzt
Telefon:	0561 572453
Fax:	0561 578921
E-Mail:	KeineEmail@web.de
Adresse:	Leipziger Straße 115
PLZ/Ort:	34123 Kassel

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Martin Koch, HNO-Belegarzt
Telefon:	0561 83736
Fax:	0561 8205285
E-Mail:	dr.martinKoch@gmx.de

Adresse:	Holländische Straße 75
PLZ/Ort:	34127 Kassel

Name/Funktion:	Helmut Krieger, HNO-Belegarzt
Telefon:	0561 827575
Fax:	0561 827576
E-Mail:	helmut.krieger@t-online.de
Adresse:	Rathausplatz 4
PLZ/Ort:	34246 Vellmar

B-[5].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-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Schwindeldiagnostik/-therapie
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
5	Schnarchoperationen

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

Vollstationäre Fallzahl:	285
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	129
2	J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln	57
3	J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	28
4	J34.3	Hypertrophie der Nasenmuscheln	16

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	J35.0	Chronische Tonsillitis	15
6	J35.3	Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel	12
7	J38.1	Polyp der Stimmlippen und des Kehlkopfes	9
8	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	4
9	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
10	J38.3	Sonstige Krankheiten der Stimmlippen	< 4
11	J38.4	Larynxödem	< 4
12	Q17.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Ohres	< 4
13	H65.3	Chronische muköse Otitis media	< 4
14	H65.2	Chronische seröse Otitis media	< 4
15	D14.0	Gutartige Neubildung: Mittelohr, Nasenhöhle und Nasennebenhöhlen	< 4
16	J37.0	Chronische Laryngitis	< 4
17	J03.8	Akute Tonsillitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	< 4

B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	145
2	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	112

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	148
2	5-282.0	Tonsillektomie mit Adenotomie: Mit Dissektionstechnik	84
3	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	71
4	5-214.70	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit lokalen autogenen Transplantaten (Austauschplastik)	54
5	5-224.3	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Ethmoidspheenoidektomie, endonasal	51
6	5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	28
7	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	20
8	5-221.1	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über mittleren Nasengang	12

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	12
10	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	8
11	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	8
12	5-300.0	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, endolaryngeal	7
13	5-300.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch	6
14	5-214.0	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Submuköse Resektion	5
15	5-259.2	Andere Operationen an der Zunge: Plastik des Frenulum linguae	4
16	5-289.1	Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln: Operative Blutstillung nach Tonsillektomie	4
17	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiell, transoral	3
18	5-184.2	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels und Exzision von Weichteilen	2
19	5-984	Mikrochirurgische Technik	2
20	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	2
21	5-294.4	Andere Rekonstruktionen des Pharynx: (Uvulo-)Palatopharyngoplastik	2
22	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	1
23	5-300.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, laryngoskopisch	1
24	3-200	Native Computertomographie des Schädels	1
25	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	1
26	5-259.1	Andere Operationen an der Zunge: Durchtrennung des Frenulum linguae	1
27	5-212.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der inneren Nase, endonasal	1
28	1-610.2	Diagnostische Laryngoskopie: Mikrolaryngoskopie	1
29	5-218.20	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels und Knochens: Mit lokalen autogenen Transplantaten	1

B-[5].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	148
2	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	130

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	84
4	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	59
5	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	31
6	5-200	Parazentese [Myringotomie]	28
7	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	14
8	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	12
9	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	12
10	5-259	Andere Operationen an der Zunge	5

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Belegärztinnen und Belegärzte	3					95,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

B-[5].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,01	2,01	0,00	0,00	2,01	141,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,05	0,05	0,00	0,00	0,05	5700,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,07	0,07	0,00	0,00	0,07	4071,4

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,03	0,03	0,00	0,00	0,03	9500,0
--	------	------	------	------	------	--------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[5].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Pflege im Operationsdienst
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Hygienefachkraft
4	Praxisanleitung

B-[5].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Schmerzmanagement
2	Wundmanagement

B-[6] Gynäkologie Belegabteilung Kassel

B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Gynäkologie Belegabteilung Kassel
Straße:	Marburger Str.
Hausnummer:	85
PLZ:	34127
Ort:	Kassel

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Geburtshilfe wird im Marienkrankenhaus nicht angeboten.

B-[6].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes:

Name/Funktion:	Johann Thießen, Belegarzt Gynäkologie
Telefon:	05661 6511
Fax:	05661 8354
E-Mail:	empfang@frauenarzt-melsungen.de
Adresse:	Sandstraße 2
PLZ/Ort:	34212 Melsungen

B-[6].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-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Gynäkologische Chirurgie
2	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane <i>Die Diagnostik wird im Rahmen der Praxistätigkeit durchgeführt.</i>
3	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes <i>Die Diagnostik wird im Rahmen der Praxistätigkeit durchgeführt.</i>
4	Endoskopische Operationen

B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	38
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	D25.2	Subseröses Leiomyom des Uterus	6
2	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	4
3	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	4
4	N81.6	Rektozele	< 4
5	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	< 4
6	D07.1	Carcinoma in situ: Vulva	< 4
7	O02.1	Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt]	< 4
8	N83.9	Nichtentzündliche Krankheit des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri, nicht näher bezeichnet	< 4
9	N99.3	Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie	< 4
10	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	< 4
11	N84.1	Polyp der Cervix uteri	< 4
12	N75.1	Bartholin-Abszess	< 4
13	D07.3	Carcinoma in situ: Sonstige und nicht näher bezeichnete weibliche Genitalorgane	< 4
14	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	< 4
15	N75.0	Bartholin-Zyste	< 4
16	N80.6	Endometriose in Hautnarbe	< 4
17	N81.1	Zystozele	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	N80.1	Endometriose des Ovars	< 4
19	K65.0	Akute Peritonitis	< 4
20	K66.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Peritoneums	< 4
21	N70.1	Chronische Salpingitis und Oophoritis	< 4
22	N95.0	Postmenopausenblutung	< 4
23	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	< 4
24	O00.1	Tubargravidität	< 4

B-[6].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	16
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	10
3	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	8
4	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	5
5	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	5
6	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	3
7	5-681.82	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Endoskopisch (laparoskopisch)	3
8	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	2
9	5-683.03	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	2
10	5-681.90	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome mit ausgedehnter Naht des Myometriums: Offen chirurgisch (abdominal)	2
11	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	2
12	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	2
13	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	2
14	5-714.40	Vulvektomie: Partiell: Mit Entfernung von einem Viertel bis weniger als der Hälfte der Vulva (90° bis weniger als 180°)	2
15	5-540.2	Inzision der Bauchwand: Entfernung eines Fremdkörpers	1
16	5-711.2	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Exzision	1

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	1
18	5-595.10	Abdominale retropubische und paraurethrale Suspensionoperation: Urethrokolposuspension (z.B. nach Burch): Offen chirurgisch (abdominal)	1
19	5-541.0	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	1
20	5-702.1	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe der Vagina	1
21	5-661.60	Salpingektomie: Total: Offen chirurgisch (abdominal)	1
22	5-650.y	Inzision des Ovars: N.n.bez.	1
23	5-667.1	Insufflation der Tubae uterinae: Chromopertubation	1
24	5-651.b0	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Offen chirurgisch (abdominal)	1
25	5-543.x	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe: Sonstige	1
26	5-542.0	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand: Exzision	1
27	5-704.46	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), ohne alloplastisches Material, mit medianer Fixation am Promontorium oder im Bereich des Os sacrum	1
28	5-665.42	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Endoskopisch (laparoskopisch)	1
29	5-683.20	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Offen chirurgisch (abdominal)	1
30	5-681.80	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Offen chirurgisch (abdominal)	1

B-[6].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-469	Andere Operationen am Darm	18
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	10
3	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	9
4	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	7
5	5-653	Salpingoovariektomie	6
6	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	6
7	5-661	Salpingektomie	4
8	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	4
9	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	< 4

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Belegärztinnen und Belegärzte	1					38,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[6].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,38	0,38	0,00	0,00	0,38	100,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	3800,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	3800,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[6].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Pflege im Operationsdienst
4	Praxisanleitung

B-[6].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Schmerzmanagement

B-[7] Anästhesie, Chirurgische Intensivmedizin und Schmerztherapie Kassel

B-[7].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Anästhesie, Chirurgische Intensivmedizin und Schmerztherapie Kassel
Straße:	Marburger Str.
Hausnummer:	85
PLZ:	34127
Ort:	Kassel

B-[7].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Matthias Göddecke, Chefarzt
Telefon:	0561 8073 0
Fax:	
E-Mail:	m.goeddecke@marienkrankenhaus-kassel.de
Adresse:	Marburger Str. 85
PLZ/Ort:	34127 Kassel

B-[7].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Chirurgische Intensivmedizin <i>Chirurgische Patienten auf der Intensiv- oder Wachstation werden interdisziplinär von den Chirurgen und Anästhesisten betreut. Der internistische Dienst der Intensivstation steht als Ansprechpartner ständig zur Verfügung</i>
2	Interdisziplinäre Schmerztherapie <i>Ein Schmerzteam aus speziell weitergebildeten Ärzten und Pflegekräften arbeitet seit Jahren erfolgreich nach einem Konzept zum "Schmerzfreien Hospital". Regelmäßige Veranstaltungen zu diesem Thema sind in der Innerbetrieblichen Fortbildung etabliert.</i>
3	Frühenterale Ernährung <i>Für große Baueingriffe existiert ein umfassendes Konzept zur frühzeitigen enteralen Ernährung.</i>
4	Kombinierte Anästhesieverfahren

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Bei großer intraabdomineller Tumorchirurgie werden allgemeine mit regionalen Anästhesieverfahren kombiniert.

B-[7].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	Bei der prästationären Vorbereitung chirurgischer Fälle ist auch die Anästhesieabteilung beteiligt.

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	8,47	8,47	0,00	0,26	8,21	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	7,01	7,01	0,00	0,81	6,20	0,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
	Chirurgische Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Spezielle Schmerztherapie

B-[7].11.2 Pflegepersonal

Da die Anästhesie keine bettenführende Abteilung ist, wurde das Pflegepersonal anteilig auf die operativ tätigen Fachabteilungen verteilt und ist in den dortigen Zahlen zum Pflegepersonal enthalten.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	----------------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[7].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Intensiv- und Anästhesiepflege

B-[8] Allgemeine Chirurgie Volkmarsen

B-[8].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Allgemeine Chirurgie Volkmarsen
Straße:	Warburger Straße
Hausnummer:	6
PLZ:	34471
Ort:	Volkmarsen
URL:	http://www.praxisdingel.de

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[8].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Die Angabe der Belegärzte als Chefarzte ist nicht zu verantwortenden technischen Vorgaben des G-BA geschuldet. Alle vier Belegärzte arbeiten kollegial miteinander.

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr.med. Andreas Dingel, Gefäßchirurgie
Telefon:	05693 91833 0
Fax:	05693 501 5
E-Mail:	praxisdingel@t-online.de
Adresse:	Warburgerstraße 6
PLZ/Ort:	34471 Volkmarsen

Name/Funktion:	Michael Ackermann, Gefäßchirurgie
Telefon:	05693 91833 0
Fax:	05693 501 5
E-Mail:	praxisdingel@t-online.de
Adresse:	Warburgerstraße 6
PLZ/Ort:	34471 Volkmarsen

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes:

Name/Funktion:	Haris Bidzan, Chirurgie
Telefon:	05693 91833 0
Fax:	05693 501 5
E-Mail:	praxisdingel@t-online.de
Adresse:	Warburger Straße 6
PLZ/Ort:	34471 Volkmarsen

Name/Funktion:	Ibrahim Sharaf, Gefäßchirurgie
Telefon:	05693 91833 0
Fax:	05693 501 5
E-Mail:	praxisdingel@t-online.de
Adresse:	Warburger Straße 6
PLZ/Ort:	34471 Volkmarsen

Name/Funktion:	Dr. med. Joseph Kobba, Gefäßchirurgie
----------------	---------------------------------------

Telefon:	05693 91833
Fax:	05693 5015
E-Mail:	praxisdingel@t-online.de
Adresse:	Warburger Straße 6
PLZ/Ort:	34471 Volkmarsen

B-[8].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

Erläuterungen:

Das Krankenhaus ist ein reines Belegarztkrankenhaus.

B-[8].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
4	Portimplantation
5	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
	<i>Diese Behandlungen stellen den großen Schwerpunkt der Abteilung dar.</i>
6	Arteriographie
7	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
8	Dialyseshuntchirurgie
9	Aortenaneurysmachirurgie
	<i>Es handelt sich hier ausschließlich um elektive Eingriffe.</i>
10	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
11	Magen-Darm-Chirurgie
	<i>Es werden lediglich Eingriffe am Enddarm durchgeführt.</i>
12	Endokrine Chirurgie
13	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen

B-[8].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1369
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	484
2	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	214
3	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	190
4	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	74
5	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	59
6	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	48
7	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	39
8	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	34
9	I70.0	Atherosklerose der Aorta	21
10	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	18
11	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	17
12	A46	Erysipel [Wundrose]	12
13	E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	11
14	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	11
15	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	10
16	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	10
17	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	6
18	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	6
19	K60.3	Analfistel	5
20	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	5
21	I70.26	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Schulter-Arm-Typ, alle Stadien	5
22	I80.1	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis	4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	K64.3	Hämorrhoiden 4. Grades	4
24	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	4
25	T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	4
26	I87.21	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration	4
27	I87.01	Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration	4
28	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	4
29	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	< 4
30	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	< 4

B-[8].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I83	Varizen der unteren Extremitäten	572
2	I70	Atherosklerose	415
3	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirnfarkt	190

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	478
2	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	197
3	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	193
4	5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	193
5	1-208.0	Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch [AEP]	193
6	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	192
7	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	190
8	5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	190
9	5-930.4	Art des Transplantates: Alloplastisch	188
10	5-382.02	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	172
11	5-385.d0	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: V. saphena magna	153

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	5-393.53	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femoropopliteal, oberhalb des Kniegelenkes	92
13	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	86
14	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	80
15	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	72
16	5-385.72	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena parva	71
17	5-983	Reoperation	70
18	8-192.1f	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Unterschenkel	67
19	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	59
20	8-836.0q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	59
21	5-381.54	Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	58
22	8-840.0q	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Arterien abdominal und pelvin	57
23	8-192.1g	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Fuß	51
24	5-930.3	Art des Transplantates: Xenogen	44
25	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	44
26	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	41
27	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	40
28	5-381.53	Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca communis	40
29	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	39
30	5-393.42	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. iliaca und viszerale Arterien: Iliofemoral	36

B-[8].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-381	Endarteriektomie	846
2	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	769

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	578
4	5-930	Art des Transplantates	264
5	5-393	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen	201
6	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	197
7	5-382	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung	180
8	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	169
9	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	152
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	123

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	BELEGARZTPRAXIS AM KRANKENHAUS
	Belegarztpraxis am Krankenhaus
	LEISTUNGEN:
	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen

B-[8].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[8].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Belegärztinnen und Belegärzte	5					273,8

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinchirurgie
2	Gefäßchirurgie

1 Arzt = Endovaskulär Chirurg/Spezialist

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Proktologie
2	Phlebologie

B-[8].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	25,18	25,18	0,00	0,00	25,18	54,4
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,35	0,35	0,00	0,00	0,35	3911,4
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,05	0,05	0,00	0,00	0,05	27380,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,08	1,08	0,00	0,00	1,08	1267,6
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,90	0,90	0,00	0,00	0,90	1521,1
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,76	6,76	0,00	0,00	6,76	202,5

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[8].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Pflege im Operationsdienst
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Praxisanleitung

B-[8].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Schmerzmanagement

B-[8].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[9] Innere Medizin Volkmarsen

B-[9].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Innere Medizin Volkmarsen
Straße:	Warburger Straße
Hausnummer:	15
PLZ:	34471
Ort:	Volkmarsen
URL:	http://www.elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0100) Innere Medizin

B-[9].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Die Angabe eines der Belegärzte als Chefarzt ist nicht zu verantwortenden technischen Vorgaben des G-BA geschuldet. Alle drei Belegärzte arbeiten kollegial miteinander, einen ausgewiesenen Chefarzt gibt es in der Abteilung nicht.

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr.med. Eberhard Köhler, Facharzt für Innere Medizin, Nephrologie, Gastroenterologische Diagnostik, Ernährungsmedizin (DAEM/DGEM), Hypertensiologe (DHL)
Telefon:	05693 9886 0
Fax:	05693 9886 18
E-Mail:	info@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de
Adresse:	Warburgerstraße 15
PLZ/Ort:	34471 Volkmarsen

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes:

Name/Funktion:	Martin Troeltsch, Facharzt für Innere Medizin, Nephrologie, kardiologische und angiologische Diagnostik, Rettungsmedizin, Hypertensiologe (DHL), Teilgebetsradiologie
Telefon:	05693 9886 0
Fax:	05693 9886 18
E-Mail:	info@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de
Adresse:	Warburger Straße 15
PLZ/Ort:	34471 Volkmarsen

Name/Funktion:	Dr. med. Gregor Dreesen, Arzt für Allgemeinmedizin, Diabetologie, Diabetologe DDG/LÄK Ernährungsmedizin DAEM/DGEM
Telefon:	05693 91865 0
Fax:	05693 91865 29
E-Mail:	info@dr-dreesen.de
Adresse:	Warburger Straße 15
PLZ/Ort:	34471 Volkmarsen

B-[9].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

Erläuterungen:

Das St. Elisabeth Krankenhaus ist ein reines Belegarztkrankenhaus.

B-[9].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
2	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
3	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
4	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
5	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
6	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
7	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
8	Endoskopie
9	Spezialsprechstunde
	<i>Ernährungsberatung</i>
10	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
12	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
13	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
15	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
16	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
17	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
18	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
19	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
20	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
21	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)

B-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	421
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	114
2	E10.91	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	96
3	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	89
4	E10.61	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	47
5	E11.73	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	11
6	E10.73	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	5
7	E13.91	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	4
8	E11.60	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	< 4
9	E11.72	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	< 4
10	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	< 4
11	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	< 4
12	E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	< 4
13	E10.72	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	< 4
14	E10.01	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet	< 4
15	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	< 4
16	O24.4	Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend	< 4
17	E10.90	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	< 4
18	R13.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie	< 4
19	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	Z09.88	Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen anderer Krankheitszustände	< 4
21	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
22	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	< 4
23	E88.8	Sonstige näher bezeichnete Stoffwechselstörungen	< 4
24	N05.1	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen	< 4
25	E11.11	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	< 4
26	E11.21	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	< 4
27	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	< 4
28	J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
29	I51.9	Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet	< 4
30	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4

B-[9].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	230
2	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	155

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-500.0	Patientenschulung: Basisschulung	368
2	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	56
3	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	27
4	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	9
5	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	6
6	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	5
7	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	3
8	1-463.0	Perkutane (Nadel-)Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen: Niere	3
9	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	3

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	2
11	9-500.2	Patientenschulung: Umfassende Patientenschulung	2
12	9-401.23	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden	1
13	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	1
14	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	1
15	8-123.1	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Entfernung	1
16	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	1
17	1-797.0	Komplexe endokrinologische Funktionsuntersuchung: Ohne invasive Katheteruntersuchung	1
18	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	1
19	8-987.00	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 6 Behandlungstage	1

B-[9].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-500	Patientenschulung	370
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	98
3	9-401	Psychosoziale Interventionen	7
4	1-650	Diagnostische Koloskopie	4
5	1-463	Perkutane (Nadel-)Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen	< 4
6	1-632	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie	< 4
7	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	< 4
8	8-123	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters	< 4
9	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	< 4
10	1-797	Komplexe endokrinologische Funktionsuntersuchung	< 4

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	BELEGARZTPRAXIS AM KRANKENHAUS
	Belegarztpraxis am Krankenhaus

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

B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[9].11 Personelle Ausstattung

B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Belegärztinnen und Belegärzte	3					140,3

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinmedizin
2	Innere Medizin und Nephrologie

B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
2	Diabetologie

Weiterhin sind Zusatz-Qualifikationen für Hypertensiologie, gastroenterologische Diagnostik, Rettungsmedizin, Ernährungsmedizin, kardiologische und angiologische Diagnostik und Ernährungsmedizin vorhanden.

B-[9].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	------------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,65	4,65	0,00	0,00	4,65	90,5
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,03	0,03	0,00	0,00	0,03	14033,3
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,03	0,03	0,00	0,00	0,03	14033,3
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,02	0,02	0,00	0,00	0,02	21050,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,76	0,76	0,00	0,00	0,76	553,9

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[9].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[9].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Diabetes

B-[9].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[10] Frauenheilkunde und Geburtshilfe Volkmarsen

B-[10].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Frauenheilkunde und Geburtshilfe Volkmarsen
Straße:	Warburger Straße
Hausnummer:	6
PLZ:	34471
Ort:	Volkmarsen
URL:	http://www.elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2425) Frauenheilkunde
2	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[10].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes:

Name/Funktion:	Dr.med. Ralf Kubenke, Frauenarzt
Telefon:	05693 98700
Fax:	05693 98722
E-Mail:	info@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de
Adresse:	Warburger Straße 6
PLZ/Ort:	34471 Volkmarsen

Name/Funktion:	Leonard Kalhoff, Frauenarzt
Telefon:	05693 98700
Fax:	05693 98722
E-Mail:	info@elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de
Adresse:	Warburger Straße 6
PLZ/Ort:	34471 Volkmarsen

B-[10].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

Erläuterungen:

Das St.Elisabeth Krankenhaus Volkmarsen ist ein reines Belegarztkrankenhaus.

B-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
2	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
3	Gynäkologische Chirurgie
4	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
5	Inkontinenzchirurgie
6	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
8	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
9	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
10	Endoskopische Operationen

B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 446

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	154
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	38
3	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	21
4	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	21
5	O02.1	Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt]	21

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	21
7	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	14
8	O48	Übertragene Schwangerschaft	13
9	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	11
10	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	10
11	O63.1	Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode (bei der Geburt)	8
12	N80.0	Endometriose des Uterus	8
13	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	7
14	O63.0	Protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode (bei der Geburt)	4
15	O64.0	Geburtshindernis durch unvollständige Drehung des kindlichen Kopfes	4
16	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	4
17	N87.2	Hochgradige Dysplasie der Cervix uteri, anderenorts nicht klassifiziert	4
18	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	4
19	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	4
20	O65.4	Geburtshindernis durch Missverhältnis zwischen Fetus und Becken, nicht näher bezeichnet	4
21	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	< 4
22	O00.1	Tubargravidität	< 4
23	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	< 4
24	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	< 4
25	O68.8	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress, mittels anderer Untersuchungsmethoden nachgewiesen	< 4
26	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	< 4
27	O24.4	Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend	< 4
28	O26.81	Nierenkrankheit, mit der Schwangerschaft verbunden	< 4
29	O64.1	Geburtshindernis durch Beckenendlage	< 4
30	O20.0	Drohender Abort	< 4

B-[10].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	154

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	155
2	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	108
3	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	34
4	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	30
5	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	25
6	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	24
7	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	24
8	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	23
9	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	18
10	5-681.4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Morcellieren des Uterus als Vorbereitung zur Uterusexstirpation	15
11	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	13
12	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	10
13	5-663.00	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Offen chirurgisch (abdominal)	9
14	5-728.0	Vakuumentbindung: Aus Beckenausgang	8
15	5-593.20	Transvaginale Suspensionsooperation [Zügeloperation]: Mit alloplastischem Material: Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)	7
16	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	7
17	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	7
18	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	6
19	5-657.62	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	6
20	5-683.00	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Offen chirurgisch (abdominal)	5
21	5-728.1	Vakuumentbindung: Aus Beckenmitte	5
22	5-683.02	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert	5

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	5
24	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	4
25	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiole: Offen chirurgisch	4
26	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	4
27	5-667.1	Insufflation der Tubae uterinae: Chromopertubation	3
28	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	3
29	5-756.x	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal): Sonstige	3
30	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	3

B-[10].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	155
2	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	108
3	5-749	Andere Sectio caesarea	72
4	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	48
5	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	41
6	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	26
7	5-738	Episiotomie und Naht	25
8	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	16
9	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	14
10	5-728	Vakuummentbindung	13

B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	BELEGARZTPRAXIS AM KRANKENHAUS
	Belegarztpraxis am Krankenhaus

B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[10].11 Personelle Ausstattung

B-[10].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Belegärztinnen und Belegärzte	2					223,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[10].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEBEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Akupunktur

B-[10].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39,00

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,51	4,51	0,00	0,00	4,51	98,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,02	1,02	0,00	0,00	1,02	437,3

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,72	0,72	0,00	0,00	0,72	619,4
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,16	1,16	0,00	0,00	1,16	384,5

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[10].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Pflege im Operationsdienst
3	Leitung einer Station / eines Bereiches
4	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[10].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Schmerzmanagement

B-[10].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[11] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde Volkmarsen

B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde Volkmarsen
Straße:	Warburger Straße
Hausnummer:	6
PLZ:	34471
Ort:	Volkmarsen
URL:	http://www.elisabeth-krankenhaus-volkmarsen.de

B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2600) Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[11].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Cheförztn/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med Stefan Maas, Hals- Nasen-Ohren
Telefon:	0561 1094955
Fax:	0561 1094956
E-Mail:	team@plastische-gesichtschirurgie-hessen.de
Adresse:	Weinbergstraße 7a
PLZ/Ort:	34117 Kassel

Name/Funktion:	Dr. med Asad Garayev, Hals- Nasen-Ohren
Telefon:	0561 1094955
Fax:	0561 1094956
E-Mail:	team@plastische-gesichtschirurgie-hessen.de
Adresse:	Weinbergstrasse 7a
PLZ/Ort:	34117 Kassel

B-[11].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-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
2	Minimalinvasive endoskopische Operationen
3	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen

B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 8

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	6
2	J34.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	< 4
3	Q30.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Nase	< 4

B-[11].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-215.2	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchektomie	5
2	5-214.70	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit lokalen autogenen Transplantaten (Austauschplastik)	4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	5-218.20	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels und Knochens: Mit lokalen autogenen Transplantaten	2
4	5-214.71	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit distalen autogenen Transplantaten (z.B. Rippenknorpel)	1
5	5-349.4	Andere Operationen am Thorax: Entnahme von Rippenknorpel zur Transplantation	1
6	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	1

B-[11].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	6
2	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	5
3	5-218	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]	< 4
4	5-349	Andere Operationen am Thorax	< 4

B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[11].11 Personelle Ausstattung

B-[11].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Belegärztinnen und Belegärzte	2					4,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[11].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
2	Plastische und Ästhetische Chirurgie <i>nur Gesichtschirurgie</i>

B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Plastische Operationen <i>fakultative Weiterbildung: Spezielle HNO Chirurgie</i>

B-[11].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,10	0,10	0,00	0,00	0,10	80,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	800,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,02	0,02	0,00	0,00	0,02	400,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,26	0,26	0,00	0,00	0,26	30,8

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[11].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[11].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[11].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	----------------

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

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

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	17	100
2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	Anzahl Berichte mit Fallzahl-Datenschutz: 1	Gesamtbericht mit Datenschutz
3	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	Anzahl Berichte mit Fallzahl-Datenschutz: 1	Gesamtbericht mit Datenschutz
4	Karotis-Revaskularisation (10/2)	192 Anzahl Berichte mit Fallzahl-Date 1	Gesamtbericht mit Datenschutz: untere Grenze: 100 obere Grenze: 100
5	Gynäkologische Operationen (15/1)	61	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
6	Geburtshilfe (16/1)	157	100
7	Mammachirurgie (18/1)	6	100
8	Dekubitusprophylaxe (DEK)	61	104,92
9	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	91	105,49

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

C-1.2.A.1 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für: "Marienkrankenhaus Kassel "

C-1.2 A.1.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	
	Ergebnis-ID	2194
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,67 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2	Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	
	Ergebnis-ID	2195
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 95,21 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 6,17 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,82 % - 1,09 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,04
	Grundgesamtheit	12
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
3	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	
	Ergebnis-ID	51191
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH

	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 0 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 4,42 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,94 % - 1,06 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
4	Erwartete Ereignisse	0,2
	Grundgesamtheit	17
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	
	Ergebnis-ID	52139
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	83,89 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 60,00 %
	Vertrauensbereich	88,63 % - 89,04 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	20
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	20
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
5	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	
	Ergebnis-ID	52305
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	92,86 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,37 % - 95,52 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	50
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	50

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

6

Sondendislokation oder -dysfunktion

Ergebnis-ID	52311
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 18,43 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,00 %
	Vertrauensbereich	1,56 % - 1,74 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	17
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
7	Leitlinienkonforme Systemwahl	
	Ergebnis-ID	54140
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	70,18 % - 98,81 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	98,5 % - 98,68 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	15

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

8

Systeme 1. Wahl

Ergebnis-ID	54141
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	70,18 % - 98,81 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	96,67 % - 96,93 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	14
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	15
9	Systeme 2. Wahl	
	Ergebnis-ID	54142
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung

	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 20,39 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,08 % - 0,13 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	15
10	Systeme 3. Wahl	
	Ergebnis-ID	54143
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 20,39 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 10,00 %
	Vertrauensbereich	1,59 % - 1,78 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	15
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

11	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt	
	Ergebnis-ID	101800
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,43 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,86 % - 0,89 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
12	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
	Ergebnis-ID	101801
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI

	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,60 %
	Vertrauensbereich	0,97 % - 1,12 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
13	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	
	Ergebnis-ID	101802
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	36,01 % - 78,39 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	56,14 % - 56,85 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	17

14

Leitlinienkonforme Indikation

Ergebnis-ID	101803
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	80,64 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	93,37 % - 93,72 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	16
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
15	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Ergebnis-ID	52307
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen.pdf
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	70,1 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,09 % - 98,29 %

	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	9
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	9
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
16	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
	Ergebnis-ID	111801
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,30 %
	Vertrauensbereich	0,11 % - 0,24 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

17	Leitlinienkonforme Systemwahl	
	Ergebnis-ID	50005
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,91 % - 97,35 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
18	Leitlinienkonforme Indikation	
	Ergebnis-ID	50055
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundla
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	89,35 % - 90,15 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
19	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	
	Ergebnis-ID	51186
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 0 %
-------------------	-----------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,71 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,8 % - 1,12 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,03
Grundgesamtheit	4

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

20 Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

Ergebnis-ID	52131
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 60,00 %
	Vertrauensbereich	91,33 % - 91,94 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
21	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	
	Ergebnis-ID	52316
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	68,53 % - 98,73 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,14 % - 96,41 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	14

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

22 Sondendislokation oder -dysfunktion

Ergebnis-ID	52325
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,00 %
	Vertrauensbereich	0,78 % - 1,03 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
23	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt	
	Ergebnis-ID	131801
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

≤ 2,76 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich

0,83 % - 0,89 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

24

Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)

Ergebnis-ID

131802

Leistungsbereich

Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Art des Wertes

QI

	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,50 %
	Vertrauensbereich	0,77 % - 1,02 %
	FALLZAHL	
25	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	
	Ergebnis-ID	131803
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	57,74 % - 59,07 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
26	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	
	Ergebnis-ID	603
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen

	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,9 % - 99,22 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
27	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	
	Ergebnis-ID	604
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	99,57 % - 99,8 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

28	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch
Ergebnis-ID	605
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,09 % - 1,49 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

29	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch
Ergebnis-ID	606
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,8 % - 4,56 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

30

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch

Ergebnis-ID 11704

Leistungsbereich Karotis-Revaskularisation

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundla

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,14 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,12 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

31	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch
----	--

Ergebnis-ID	11724
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,85 % - 1,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

32	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	
	Ergebnis-ID	51437
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	97,83 % - 98,76 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
33	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	
	Ergebnis-ID	51443
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,5 % - 99,36 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

34

Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt

Ergebnis-ID	51445
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Vertrauensbereich		1,41 % - 2,5 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-

35	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt	
Ergebnis-ID		51448
Leistungsbereich		Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung . .
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Vertrauensbereich		1,89 % - 5,07 %

	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
36	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	
	Ergebnis-ID	51859
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	2,51 % - 3,21 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
37	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	
	Ergebnis-ID	51860
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	2,77 % - 4,33 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

38	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt	
	Ergebnis-ID	51865
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung

	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,95 % - 1,27 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
39	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt	
	Ergebnis-ID	51873
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,15 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,92 % - 1,17 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

40	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	
	Ergebnis-ID	52240
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	5,74 % - 14,41 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
41	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit	
	Ergebnis-ID	161800
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 5,00 %
	Vertrauensbereich	2,3 % - 4,94 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
42	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	
	Ergebnis-ID	612
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	43,65 % - 96,99 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 75,00 % (5. Perzentil)
	Vertrauensbereich	88,06 % - 88,69 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	5
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	6
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
43	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	
	Ergebnis-ID	10211
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

≤ 20,00 %

Vertrauensbereich

7,45 % - 8,27 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

44

Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaryingriff mit Gewebeentfernung

Ergebnis-ID

12874

Leistungsbereich

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

QSKH, QS-Planung

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

≤ 5,00 %

Vertrauensbereich

0,85 % - 1,04 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

↔ unverändert

45

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation

Ergebnis-ID

51906

Leistungsbereich

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

QSKH, QS-Planung

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 16,77 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,18
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,03 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,2
Grundgesamtheit	24

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

46 Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden

Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 6,15 % (90. Perzentil)
	Vertrauensbereich	2,71 % - 2,91 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
47	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund	
	Ergebnis-ID	60683
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 0 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	10,15 % - 12,6 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	0
48	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund	
	Ergebnis-ID	60684
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 0 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	12,39 % - 14,43 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	0

49	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	
	Ergebnis-ID	60685
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 39,03 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	1 % - 1,19 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	6
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

50	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	
	Ergebnis-ID	60686
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 45,00 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	18,95 % - 20,25 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
51	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	
	Ergebnis-ID	52009
	Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0,19 % - 0,71 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,13 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	22
Grundgesamtheit	10186

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

52

Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		—
Vertrauensbereich		—
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		Sentinel Event
Vertrauensbereich		0 % - 0,01 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse		(Datenschutz)
Grundgesamtheit		(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		U33 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog/Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert

53	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2	
Ergebnis-ID		52326
Leistungsbereich		Pflege: Dekubitusprophylaxe
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0,02 % - 0,11 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,3 % - 0,31 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	5
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	10186
54	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3	
	Ergebnis-ID	521801
	Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,05 % - 0,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

55	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	96,15 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,54 % - 98,63 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	96
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	96

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

56	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	
	Ergebnis-ID	2006
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	95,95 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	98,59 % - 98,68 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	91
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	91

57	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	
	Ergebnis-ID	2007
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	56,55 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	96,92 % - 97,62 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	5
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	5
58	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	
	Ergebnis-ID	2009
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		89,9 % - 98,76 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≥ 90,00 %
Vertrauensbereich		95,17 % - 95,35 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		80
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		83
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert

59	Frühmobilisation nach Aufnahme	
	Ergebnis-ID	2013
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen.pdf

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		87,94 % - 99,59 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≥ 90,00 %
Vertrauensbereich		94,11 % - 94,37 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	42
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	43
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

60	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Ergebnis-ID	2028
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	95,19 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	95,94 % - 96,13 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	76
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	76
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

61	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	
	Ergebnis-ID	2036
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	90,9 % - 99,28 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	98,51 % - 98,63 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	74
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	76
62	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	
	Ergebnis-ID	50722
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	96,11 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	96,65 % - 96,79 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	95
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	95

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

63 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen

Ergebnis-ID	50778
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		1,22 % - 4,08 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≤ 1,88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich		0,97 % - 1 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		9
Erwartete Ereignisse		3,95
Grundgesamtheit		88
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
64	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	
Ergebnis-ID		231900
Leistungsbereich		Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	10,53 % - 25,37 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	12,76 % - 13,02 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	96

C-1.2.A.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für: "St. Elisabeth-Krankenhaus"

C-1.2 A.2.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	
	Ergebnis-ID	603
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	95,18 % - 99,63 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,9 % - 99,22 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	145
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	147
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
2	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	
	Ergebnis-ID	604
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	91,97 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	99,57 % - 99,8 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	44
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	44

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

3

Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch

Ergebnis-ID	605
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	1,09 % - 1,49 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
4	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch	
	Ergebnis-ID	606
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung

	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 20,39 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	2,8 % - 4,56 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	15
5	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch	
	Ergebnis-ID	11704
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
		.
		.
		.
		.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,14 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,95 % - 1,12 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

6	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch
Ergebnis-ID	11724
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,85 % - 1,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

7	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
Ergebnis-ID	51437
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH

	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt		-1
	Referenzbereich		≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich		97,83 % - 98,76 %
	FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse		-
	Erwartete Ereignisse		-
	Grundgesamtheit		-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
8	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt		
	Ergebnis-ID		51443
	Leistungsbereich		Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes		QI
	Bezug zum Verfahren		QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≥ 95,00 %
Vertrauensbereich		98,5 % - 99,36 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
9	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt	
	Ergebnis-ID	51445
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	1,41 % - 2,5 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
10	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt	
	Ergebnis-ID	51448
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung .
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	1,89 % - 5,07 %

FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-

11	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	
	Ergebnis-ID	51859
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 8,03 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	2,51 % - 3,21 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	44

12	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	
	Ergebnis-ID	51860
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	2,77 % - 4,33 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

13	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt	
	Ergebnis-ID	51865
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung

	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,95 % - 1,27 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
14	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt	
	Ergebnis-ID	51873
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,15 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,92 % - 1,17 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

15	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	
	Ergebnis-ID	52240
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	5,74 % - 14,41 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
16	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit	
	Ergebnis-ID	161800
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 5,00 %
	Vertrauensbereich	2,3 % - 4,94 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
17	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	
	Ergebnis-ID	612
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≥ 75,00 % (5. Perzentil)	
Vertrauensbereich	88,06 % - 88,69 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	

18	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	
Ergebnis-ID	10211	
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≤ 20,00 %	
Vertrauensbereich	7,45 % - 8,27 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	

19	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaryingriff mit Gewebeentfernung	
	Ergebnis-ID	12874
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 39,03 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 5,00 %
	Vertrauensbereich	0,85 % - 1,04 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	6
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
20	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	
	Ergebnis-ID	51906
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 22,06 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,18
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,03 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,14
Grundgesamtheit	19

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

21

Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden

Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 16,82 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 6,15 % (90. Perzentil)
	Vertrauensbereich	2,71 % - 2,91 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	19
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
22	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund	
	Ergebnis-ID	60683
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Vertrauensbereich	10,15 % - 12,6 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
23	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund	
	Ergebnis-ID	60684
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung

	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 0 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	12,39 % - 14,43 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	0
24	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	
	Ergebnis-ID	60685
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 32,44 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	1 % - 1,19 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	8
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

25	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	
	Ergebnis-ID	60686
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 45,00 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	18,95 % - 20,25 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
26	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	
	Ergebnis-ID	318
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,99 % - 97,4 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27

Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

Ergebnis-ID	321
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 2,42 %
-------------------	--------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,22 % - 0,24 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	155

28

Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

Ergebnis-ID	330
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	97,05 % - 97,76 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
29	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	
	Ergebnis-ID	1058
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	0,22 % - 0,44 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
30	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	
	Ergebnis-ID	50045
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	92,59 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	99,05 % - 99,12 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	48
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	48
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

31	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	
	Ergebnis-ID	51397
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 0 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,96 % - 1,06 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,32
	Grundgesamtheit	155
32	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	
	Ergebnis-ID	51803
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/	
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 3,67 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,32
	Vertrauensbereich	1,03 % - 1,09 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	1,02
	Grundgesamtheit	155
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
33	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	
	Ergebnis-ID	51831
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,69 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,86 % - 1,07 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

34

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten

Ergebnis-ID	52249
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH

	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0,9 % - 1,44 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 1,24 (90. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	48
35	Erwartete Ereignisse	41,49
	Grundgesamtheit	157
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
	Qualitätsindex zu Dammrissen Grad IV bei Einlingsgeburten	
	Ergebnis-ID	181800
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 0 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,35 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,82 % - 0,96 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,23
	Grundgesamtheit	109
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
36	Primäre Axilladisektion bei DCIS	
	Ergebnis-ID	2163
	Leistungsbereich	Mammachirurgie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,22 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37

Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

Ergebnis-ID	50719
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 6,33 % (80. Perzentil)
Vertrauensbereich	4,35 % - 5,48 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38 Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

Ergebnis-ID	51370
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

≤ 13,55 % (95. Perzentil)

Vertrauensbereich

3,16 % - 3,46 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

↻ unverändert

39

Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

Ergebnis-ID

51846

Leistungsbereich

Mammachirurgie

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,56 % - 97,78 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

40 Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Ergebnis-ID	51847
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,74 % - 97,11 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
41	HER2-Positivitätsrate	
	Ergebnis-ID	52268
	Leistungsbereich	Mammachirurgie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	12,71 % - 13,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
42	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
Ergebnis-ID	52279
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,68 % - 98,94 %

	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
43	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	
	Ergebnis-ID	52330
	Leistungsbereich	Mammachirurgie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	99,33 % - 99,54 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

44	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	
	Ergebnis-ID	211800
	Leistungsbereich	Mammachirurgie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,65 % (5. Perzentil)
	Vertrauensbereich	98,93 % - 99,09 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert
45	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	
	Ergebnis-ID	52009
	Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		0 % - 0 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≤ 2,13 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich		0,98 % - 1 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		3
Grundgesamtheit		2097
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
46	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	
Ergebnis-ID		52010
Leistungsbereich		Pflege: Dekubitusprophylaxe
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 0,18 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	0 % - 0,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	2097
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
47	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2	
	Ergebnis-ID	52326
	Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung

	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 0,18 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,3 % - 0,31 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	2097
48	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3	
	Ergebnis-ID	521801
	Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 0,18 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,05 % - 0,06 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	2097

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 Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.
- ☐ Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

	LEISTUNGSBEREICH	AUSWAHL
1	Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind	Ja
2	MRE	Ja

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

	DMP
1	Diabetes mellitus Typ 1
2	Diabetes mellitus Typ 2

Die Angabe gilt nur für den Standort Volkmarsen in Zusammenarbeit mit der diabetologischen Schwerpunktpraxis.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich:	postoperative Schmerztherapie
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Schmerzintensität
Ergebnis:	Im Benchmark unter 170 Kliniken findet sich das Marienkrh. immer unter den 25 % besten Kliniken.
Messzeitraum:	seit 2009 durchgehend
Datenerhebung:	Befragung aller operativen Patienten am ersten postoperativen Tag
Rechenregeln:	siehe dazu http://www.quips-projekt.de/
Referenzbereiche:	siehe dazu http://www.quips-projekt.de/

Vergleichswerte:	siehe dazu http://www.quips-projekt.de/
Quellenangabe:	siehe dazu http://www.quips-projekt.de/

Leistungsbereich:	Schlafmedizin
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität
Ergebnis:	Zweijährliche Akkreditierung über die Deutsche Gesellschaft für Schlafmedizin und Schlafforschung
Messzeitraum:	kontinuierliche Teilnahme seit 1998
Datenerhebung:	gemäß des Akkreditierungsverfahrens alle zwei Jahre anhand der Patientenakte
Rechenregeln:	entfällt
Referenzbereiche:	entfällt
Vergleichswerte:	entfällt
Quellenangabe:	siehe dazu http://www.charite.de/dgsm/dgsm/

Leistungsbereich:	Bariatrische Chirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	vielfältige perioperative und langfristige Daten
Ergebnis:	bei großer Datenvielfalt nicht im einzelnen darstellbar; Dokumentationsrate 100 % seit 01.01.2005
Messzeitraum:	nach Operation auf Dauer (unendlich)
Datenerhebung:	mittels elektronischer Datenbank der Fachgesellschaft; http://www.dgav.de/arbeitsgemeinschaften/caadip.html
Rechenregeln:	gängige statistische Methoden
Referenzbereiche:	siehe http://www.aerzteblatt.de/archiv/89891/
Vergleichswerte:	siehe http://www.aerzteblatt.de/archiv/89891/
Quellenangabe:	siehe http://www.aerzteblatt.de/archiv/89891/

Leistungsbereich:	Hernienchirurgie (Leisten-, Schenkel-, Nabel-, Narben-, Zwerchfellhernien und parastomale Hernien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Rezidivrate, chronischer Schmerz, Komplikationen bei und nach Hernienchirurgie
Ergebnis:	siehe dazu www.herniamed.de
Messzeitraum:	dauerhaft; 100 %-ige Erfassung der operativ versorgten Patienten
Datenerhebung:	mehrere Kontrollen in Abständen über mehr als 10 Jahre nach Operation
Rechenregeln:	siehe dazu www.herniamed.de
Referenzbereiche:	siehe dazu www.herniamed.de
Vergleichswerte:	siehe dazu www.herniamed.de

Quellenangabe:	siehe dazu www.herniamed.de
Leistungsbereich:	Chirurgie der Schilddrüse
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	vielfältige perioperative Daten
Ergebnis:	hier nicht darstellbar
Messzeitraum:	kontinuierliche Erfassung
Datenerhebung:	Fragebögen; elektronische Erfassung im StuDoQ
Rechenregeln:	gängige statistische Methoden
Referenzbereiche:	siehe http://www.dgav.de/studog/studogschilddruese.html
Vergleichswerte:	siehe http://www.dgav.de/studog/studogschilddruese.html
Quellenangabe:	siehe http://www.dgav.de/studog/studogschilddruese.html

Leistungsbereich:	Weaning
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
Ergebnis:	Zertifizierung als Weaningzentrum
Messzeitraum:	
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	

Seit 2019 werden auch die Eingriffe der endokrinen Chirurgie in einem Qualitätsregister erfasst.

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

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
Erbrachte Menge:	18
Begründung:	
Erläuterungen:	Es handelt sich hier ausschließlich um die Implantation eines magnetischen Antirefluxsystems.
Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Erbrachte Menge:	1
Begründung:	MM01: Behandlung von Notfällen oder Verlegung des Patienten medizinisch nicht vertretbar

Erläuterungen:

Pankreasschwanzresektion bei vorher nicht bekanntem Tumoreinbruch ins Pankreas im Rahmen einer Tumorhemikolektomie. Ungeplanter Fall.

C-5.2 Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	18
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	15
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Nein
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	1
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	0
Prüfung durch Landesverbände:	Nein
Ausnahmetatbestand:	Ja
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	30
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	21
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	21

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

Gemäß der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung - PpUGV vom 05. Oktober 2018 § 3 Abs. 4 fällt die Intensivstation des Standortes Kassel im Jahr 2019 nicht unter die Regelungen der PpUGV.