KRH
KLINIKUM AGNES KARLL LAATZEN

MENSCH. MEDIZIN. MITEINANDER.

KRH KLINIKUM AGNES KARLL LAATZEN

STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT

GEMÄSS § 137 ABS. 3 SATZ 1 NR. 4 SGB V FÜR NACH § 108 SGB V ZUGELASSENE KRANKENHÄUSER

2017

Zertifikat seit 2010
audit berufundfamilie

Unternehmen der
Region Hannover

KRH
KLINIKUM REGION HANNOVER

Das KRH Klinikum Region Hannover ist ein Verbund von zehn Krankenhäusern in der Trägerschaft der Region Hannover. Die Krankenhäuser liegen in einem Umkreis von ca. 30 km im Umland und im Zentrum von Hannover.

Gemeinsam stark für die Gesundheit

Im KRH Klinikum Region Hannover schlagen wir eine Brücke von der Medizin und der Pflege direkt zu den Menschen: durch Nähe, Menschlichkeit und Dialog.

Wir führen das Unternehmen als Netzwerk, ein Netzwerk von Menschen und Informationen. Dabei zeigt sich immer wieder: Dieses Netzwerk ist viel mehr als die Summe seiner Teile. Hier verlassen sich alle aufeinander, entwickeln sich miteinander, lernen voneinander. Die Patienten sind für uns auch ein Teil dieses Netzwerks. Was wir machen, machen wir für Sie. Wir verändern, wir treiben voran, aber wir bewahren auch das, was uns in dieser hektischen Zeit immer wichtiger erscheint: Menschlichkeit und Vertrauen. Menschlichkeit, Vertrauen, Dialog und Nähe sind für uns wichtige Grundsätze unseres Handelns – für die gesamte KRH-Klinikgruppe und für jeden Einzelnen. Wir tun unser Bestes, damit sich die Patienten bei uns gut aufgehoben fühlen. Diese Leidenschaft für die Arbeit im Krankenhaus, verbunden mit hohem fachlichen Können, macht das KRH Klinikum Region Hannover so stark – stark für die Gesundheit.

Flächendeckende Versorgung auf hohem Qualitätsniveau für unsere Patienten

Das KRH Klinikum Region Hannover mit seinen zehn Krankenhäusern steht für wohnort- und bürgernahe Versorgung unter einem Dach und gewährleistet in der Region Hannover flächendeckend Medizin und Pflege in exzellenter Qualität – in nahezu allen medizinischen Fachgebieten. Unsere Patienten und Zuweiser schätzen sowohl unser ausgewogenes Leistungsspektrum der Grund-, Regel- und Maximalversorgung als auch in unse¬rem Klinikverbund bestehende innovative Spezialdisziplinen wie zum Beispiel Pneumologie, Thoraxchirurgie, Neurochirurgie, Augen- und Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, die von überregionaler Bedeutung sind.

Als kommunaler Krankenhausverbund sind wir im Eigentum der Bevölkerung der Region Hannover. Unser Auftrag ist es, die stationäre Versorgung von fast 1,2 Millionen Menschen sicherzustellen und zu entwickeln. Patientinnen und Patienten der unterschiedlichsten Herkunft aller Altersgruppen schenken uns ihr Vertrauen. Etwa 300.000 Menschen werden stationär und ambulant in unseren Kliniken und Instituten Jahr für Jahr behandelt. Ob im Klinikum Agnes Karll Laatzen, im Klinikum Großburgwedel, im Klinikum Lehrte, im Klinikum Neustadt am Rübenberge, im Klinikum Nordstadt, im Klinikum Robert Koch Gehrden, im Klinikum Siloah, in der Geriatrie Langenhagen, in der Psychiatrie Langenhagen oder in der Psychiatrie Wunstorf: unser Ziel ist es, dass die Bevölkerung der Region Hannover die stationäre medizinische und pflegerische Versorgung erhält, die jede und jeder von Ihnen benötigt – und das auf dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung und Entwicklung, so wohnortnah wie möglich und so speziell wie nötig.

Dr. med. Matthias Bracht, Barbara Schulte und Michael Born (v. l.)
(Geschäftsführer KRH Klinikum Region Hannover)

Dabei müssen wir unser medizinisches und pflegerisches Angebot so effizient wie möglich erbringen.

Mittlerweile zahlt sich der Konsolidierungskurs aus, den das KRH in den zurückliegenden Jahren verfolgt hat. Dies wird besonders bei den Investitionen sichtbar. Neben Fördermitteln und Zuwendungen des Eigentümers besteht nun die Möglichkeit, massiv mit Eigenmitteln dringend benötigte Maßnahmen umzusetzen. Insgesamt plant das Unternehmen für 2019 Investitionen in Höhe von fast 50 Millionen Euro. „Das KRH ist mittlerweile ein gesundendes Unternehmen", stellt der Aufsichtsratsvorsitzende, Regionspräsident Hauke Jagau, fest. „Die Beschäftigten haben die Basis gelegt, dass wir wieder deutlich mehr Spielräume haben, die notwendigen Zukunftsanpassungen vorzunehmen." Dazu gehört beispielsweise auch der Aufbau von Stellen in den Pflegeberufen. Hier sieht der Wirtschaftsplan 2019 200 zusätzliche Vollkraftstellen vor. Gleichzeitig wird umfänglich in die Digitalisierung investiert, um die Beschäftigten nachhaltig von professionsfremden Tätigkeiten zu entlasten.

Medizinische Leistungsdaten *

Med. Leistungsdaten	2017	Veränd. in %	2016
Planbetten davon Reha & Forensik	3174 151	-0,87 0,00	3.202 151
Stationäre Fälle	129.022	-2,73	132.639
Ambulante Fälle	216.041	-2,87	222.418
Nutzungsgrad (nur Somatik)	80,2%	-0,34	80,4%
Verweildauer (nur Somatik) [1]	5,7	0,35	5,7

Kennzahlen in Mio. €	2017	Veränd. in %	2016
Umsatz	579,0	0,10	578,4
Personalaufwand	397,4	2,14	389,1
Materialaufwand	113,4	-1,14	114,7
EBITDA[2]	42,5	37,99	30,8
Jahresüberschuss	21,8	>100	3,7
Investitionen	19,2	7,81	17,8

Personal	2017	Veränd. in %	2016
Mitarbeiter [3]	6.584	-0,3	6.607
Auszubildende	599	-2,0	611

[1] Durchschnitt in Tagen
[2] unter Berücksichtigung der außerordentlichen Aufwendungen
[3] Vollkräfte, Ermittlung gemäß § 267 Abs. 5 HGB

* Stand August 2018

Das KRH Klinikum Agnes Karll Laatzen sichert Ihnen als Patient eine kompetente Akut- und Regelversorgung sowie zusätzlich hoch spezialisierte Therapieangebote von überregionaler Bedeutung.
Jährlich versorgen wir in unserem Krankenhaus mit 240 Betten mehr als 12.000 Patienten. Seit Jahren dürfen wir uns über wachsenden Patientenzuspruch freuen. Dieses Vertrauen bestärkt uns in dem Anspruch, für Sie als Patient bestmögliche Qualität in Medizin und Pflege zu erbringen. Die Lage des Krankenhauses direkt im Naturschutzgebiet „Leinemasch" schafft eine angenehme Atmosphäre, von der Sie als Patient während Ihrer Genesung profitieren.
Das KRH Klinikum Agnes Karll Laatzen verfügt über eine interdisziplinäre Notfallaufnahme, eine ambulante operative Tagesklinik und ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH).

DIREKTORIUM
KRH Klinikum Agnes Karll Laatzen

Ärztlicher Direktorin
Dr. med. Antje Hoffmann, MBA
Sekretariat: Frau B. Herbst
Telefon: (0511) 8208 2700
Fax: (0511) 8208 2834
E-Mail: antje.hoffmann@krh.eu

Pflegedirektorin
Annelie Kadler
Sekretariat: Frau G. Javadi
Telefon: (0511) 8208 2230
Fax: (0511) 8208 2771
E-Mail: annelie.kadler@krh.eu

Geschäftsführender und
kaufmännischer Direktor
Ronald Gudath
Sekretariat: Frau G. Javadi
Telefon: (0511) 8208 2200
Fax: (0511) 8208 2215
E-Mail: ronald.gudath@krh.eu

KLINIKEN
KRH Klinikum Agnes Karll Laatzen

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie

Chefarzt:
Dr. med. Ulrich Possin
Telefon: (0511) 8208 2500
Fax: (0511) 8208 2502
E-Mail: ulrich.possin@krh.eu

Medizinische Klinik
Schwerpunkte Gastroenterologie, Kardiologie & Angiologie, Palliativmedizin sowie Akutgeriatrie

Chefarzt:
Prof. Dr. med. Jan Rudolf Ortlepp
Telefon: (0511) 8208 2400
Fax: (0511) 8208 2751
E-Mail: jan.ortlepp@krh.eu

Klinik für Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Chefarzt:
Prof. Dr. med. Oliver Rühmann
Telefon: (0511) 8208 2300
Fax: (0511) 8208 2502
E-Mail: oliver.ruehmann@krh.eu

KLINIKEN
KRH Klinikum Agnes Karll Laatzen

Klinik für Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Leitender Arzt:
Dr. med. Thomas Berndt
Telefon: (0511) 8208 2300
Fax: (0511) 8208 2502
E-Mail: thomas.berndt@krh.eu

Klinik für Neurologie

Chefärztin:
Prof. Dr. med. Katharina Hein
Telefon: (0511) 8208 2600
Fax: (0511) 8208 2602
E-Mail: katharina.hein@krh.eu

Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

Chefarzt:
Dr. med. Jürgen Kaukemüller
Telefon: (0511) 8208 2700
Fax: (0511) 8208 2834
E-Mail: juergen.kaukemueller@krh.eu

KLINIKEN
KRH Klinikum Agnes Karll Laatzen

Institut für Radiologie

Chefarzt:
Dr. med. Herbert Rosenthal
Telefon: (5011) 8208 2432
Fax: (0511) 8208 2826
E-Mail: herbert.rosenthal@krh.eu

Sportmedizinisches Zentrum

Leitung:
Prof. Dr. med. Uwe Tegtbur
Telefon: (0511) 8208 2360
Fax: (0511) 8208 2362
E-Mail: uwe.tegtbur@krh.eu

Die 10 Standorte des KRH Klinikums Region Hannover

KRH Klinikum Agnes Karll Laatzen
Hildesheimer Str. 158
30880 Laatzen
Telefon: (0511) 8208 0
Fax: (0511) 8208 2299
E-Mail: info.laatzen@krh.eu
Web: www.krh.eu/laatzen

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V

für das

Berichtsjahr 2017

KRH Klinikum Agnes Karll Laatzen

Dieser Qualitätsbericht wurde am 19. November 2018 erstellt.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung **4**

A **Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts 6**

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses 6

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers 7

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus 7

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie 8

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses 9

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses 11

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit 14

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses 15

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus 19

A-10 Gesamtfallzahlen 19

A-11 Personal des Krankenhauses 20

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung 29

A-13 Besondere apparative Ausstattung 40

B **Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen 43**

B-1 Medizinische Klinik 43

B-2 Allgemeine Chirurgie 50

B-3 Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin 59

B-4 Neurologie 76

B-5 Anästhesie-, Intensivmedizin 84

B-6 Radiologie 89

C **Qualitätssicherung 93**

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 93

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 137

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 138

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V 149

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 149

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 150

D Qualitätsmanagement 151

D-1 Qualitätspolitik 151

D-2 Qualitätsziele 153

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements 153

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements 154

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte 156

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte 156

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements 156

Einleitung

KRH
KLINIKUM AGNES KARLL LAATZEN

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion	QMB
Titel, Vorname, Name	Frau Wiebke Brackhahn
Telefon	0511/8208-2007
Fax	0511/8208-2017
E-Mail	wiebke.brackhahn@krh.eu

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts	
Funktion	ärztliche Direktorin
Titel, Vorname, Name	Frau Dr. med. Antje Hoffmann
Telefon	0511/8208-2001
Fax	0511/8208-2215
E-Mail	antje.hoffmann@krh.eu

Weiterführende Links
Link zur Homepage des Krankenhauses: http://krh.eu/klinikum/AKL/Seiten/default.aspx
Link zu weiterführenden Informationen: http://krh.eu/klinikum/AKL/Seiten/default.aspx

Link	Beschreibung
http://krh.eu/klinikum/AKL/Seiten/default.aspx	Homepage

Das KRH Klinikum Agnes Karll Laatzen sichert Ihnen als Patient eine kompetente Akut- und Regelversorgung sowie zusätzlich hoch spezialisierte Therapieangebote von überregionaler Bedeutung.

Jährlich versorgen wir in unserem Krankenhaus mit 240 Betten mehr als 12.000 Patienten. Seit Jahren dürfen wir uns überwachsenden Patientenzuspruch freuen. Dieses Vertrauen bestärkt uns in dem Anspruch, für Sie als Patient bestmögliche Qualität in Medizin und Pflege zu erbringen. Die Lage des Krankenhauses direkt im Naturschutzgebiet „Leinemasch“ schafft eine angenehme Atmosphäre, von der Sie als Patient während Ihrer Genesung profitieren.

Das KRH Klinikum Agnes Karll Laatzen verfügt über eine interdisziplinäre Notfallaufnahme, eine ambulante operative Tagesklinik und ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH).

Das Klinikum trägt den Namen von Agnes Karll – einer Frau, die sich in Deutschland sehr für die Anerkennung des Pflegeberufs eingesetzt hat. Sie war als "Pflege-Pionierin" maßgeblich an der Gründung des International Council of Nurses (ICN) beteiligt und längere Zeit dessen Präsidentin.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	KRH Klinikum Agnes Karll Laatzen
Hausanschrift	Hildesheimer Straße 158 30880 Laatzen
Telefon	0511/8208-0
Fax	0511/8208-2299
Postanschrift	Postfach Hildesheimer Straße 158 30880 Laatzen
Institutionskennzeichen	260321484
Standortnummer	00
URL	http://www.krh.eu/klinikum/AKL

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Herr Prof. Dr. med. Michael Fantini
Telefon	0511/8208-2700
Fax	0511/8208-2384
E-Mail	michael.fantini@krh.eu

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor seit 01.07.2017
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. med. Christian Unzicker
Telefon	0511/8208-2700
Fax	0511/8208-2384
E-Mail	christan.unzicker@krh.eu

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	(Ärztliche Direktorin seit 01.05.2018)
Titel, Vorname, Name	Frau Dr. med- Antje Hoffmann
Telefon	0511/8208-2700
Fax	0511/8208-2384
E-Mail	antje.hoffmann@krh.eu

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Frau Annelie Kadler
Telefon	0511/8208-2230
Fax	0511/8208-2771
E-Mail	annelie.kadler@krh.eu

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name	Herr Ronald Gudath
Telefon	0511/8208-2200
Fax	0511/8208-2251
E-Mail	ronald.gudath@krh.eu

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	Klinikum Region Hannover GmbH
Art	Öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart	
Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Medizinische Hochschule Hannover

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrie	
Psychiatrisches Krankenhaus	Nein
Regionale Versorgungsverpflichtung	Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP06	Basale Stimulation	
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Beratung durch Personal der KRH Servicegesellschaft mbH.
MP15	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Überleitungspflege in Zusammenarbeit mit externem Anbieter.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Im Bereich der Geriatrie besteht zusätzlich eine Kooperation mit einer externen Praxis.
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP21	Kinästhetik	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	externer Anbieter auf Anfrage
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulen-gymnastik	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	Etablierte Stroke Unit
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Zusammenarbeit mit externem Anbieter
MP45	Stomatherapie/-beratung	Zusammenarbeit mit externem Anbieter
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Zusammenarbeit mit externem Anbieter
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP51	Wundmanagement	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Kontakt zu Selbsthilfegruppen kann bei Bedarf oder auf Anfrage vermittelt werden.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum			
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			Können nach Absprache zur Verfügung gestellt werden.
NM02	Ein-Bett-Zimmer			Können nach Absprache zur Verfügung gestellt werden.
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)			
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Bis Ende 2017: Kosten pro Tag: 0,00€		Bis Ende 2017: Fernsehen kostenlos, Kopfhörer 3 €
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Bis Ende 2017: Kosten pro Tag: 0,00€		Bis Ende 2017: kostenlos
NM18	Telefon am Bett	Bis Ende 2017: Kosten pro Tag: 1,50€ Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,10€ Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,00€		Bis Ende 2017: 10 € Pfand und 5 € Mindest-guthaben
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer			Nur in Wahlleistungs-zimmern
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Stunde maximal: 1,00€ Kosten pro Tag maximal: 9,00€		1,50 € für die ersten beiden Stunden. Jede weitere Stunde darüber hinaus 1,00 €
NM36	Schwimmbad/Bewegungsbad	Bis Ende 2017		Therapeutisches Bewegungsbad

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM42	Seelsorge		http://krh.eu/klinikum/AKL/aufenthalt/Seiten/seelsorge.aspx	
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen			
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen			Auf Anfrage kann der Kontakt zu Hilfsorganisationen oder Selbsthilfegruppen hergestellt werden.
NM65	Hotelleistungen		http://krh.eu/klinikum/AKL/aufenthalt/Seiten/zimmerausstattung.aspx	Im Ein-/Zweibettzimmer Kühlschrank, elektrisch verstellbare Betten, auf Wunsch Faxgerät, eigener Telefonanschluss, Tresor für Wertsachen. Serviceleistungen: tägliche Tageszeitung, Bademantel, Handtücher, kl. Kosmetiktasche, kl. Botengänge werden übernommen, Menüauswahl.

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohn-heiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Angebote für besondere Ernährungsge-wohnheiten: Unsere Mitarbeiter nehmen Wünsche zur Anpassung an kulturbedingte Ernährungsge-wohnheiten entgegen und leiten sie an das Küchenteam weiter.		
NM67	Andachtsraum			Ruhe und Besinnlichkeit lässt sich in unserem multikulturellen "Raum der Stille" finden.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder ähnliches	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF24	Diätetische Angebote	Diätwünsche können vor Ort mit einer Diätassistentin abgesprochen werden.
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	Die Betten können bei Bedarf bereit gestellt werden.
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patienten-Lifter	
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Einige unserer Mitarbeiter/-innen im Hause verfügen über Sprachkenntnisse in russisch, türkisch, englisch und portugiesisch.

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin, Innere Medizin, Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Anästhesie und Neurologie
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	Innere Medizin: Frau PD Dr. med. Riphaus Orhopädie und Unfallchirurgie: Herr Prof. Dr. med. Rühmann und Herr Dr. med. Berndt
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	Innere Medizin: Frau PD Dr. med. Riphaus Orthopädie und Unfallchirurgie: Herr Prof. Dr. med. Rühmann, Herr Dr. med. Berndt, Herr Dr. med. Wünsch, Frau Dr. med. Lerch und Herr Dr. med. Elki Neurologie: Herr Prof. Dr. med. Schwartz
FL09	Doktorandenbetreuung	Innere Medizin: Frau PD Dr. med. Riphaus Orthopädie und Unfallchirurgie: Herr Prof. Dr. med. Rühmann Neurologie: Herr Prof. Dr. med. Schwartz

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Innere Medizin: PD Dr. med. Riphaus Orthopädie und Unfallchirurgie: Prof. Dr. med. Rühmann an der Medizinischen Hochschule Hannover Neurologie: Prof. Dr. med. Schwartz an der Universität Heidelberg
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	Herr Dr. med. Berndt Schulterprothesen in Orthopädie und Unfallchirurgie
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Innere Medizin: Frau PD Dr. med Riphaus Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie: Darmzentrum Laatzen / AHB Studie mit der MHH
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	Acht Ausbildungsstätten für Krankenpflege, Physiotherapie und Operationstechnische Assistenz, die Hebammenschule sind im KRH vorhanden. Es stehen rund 650 Ausbildungsplätzen in der KRH für alle vier Berufszweige zur Verfügung.
HB03	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin	Acht Ausbildungsstätten für Krankenpflege, Physiotherapie und Operationstechnische Assistenz, die Hebammenschule sind im KRH vorhanden. Es stehen rund 650 Ausbildungsplätzen in der KRH für alle vier Berufszweige zur Verfügung.
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)	Acht Ausbildungsstätten für Krankenpflege, Physiotherapie und Operationstechnische Assistenz, die Hebammenschule sind im KRH vorhanden. Es stehen rund 650 Ausbildungsplätzen in der KRH für alle vier Berufszweige zur Verfügung.

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB10	Entbindungspfleger und Hebamme	Acht Ausbildungsstätten für Krankenpflege, Physiotherapie und Operationstechnische Assistenz, die Hebammenschule sind im KRH vorhanden. Es stehen rund 650 Ausbildungsplätzen in der KRH für alle vier Berufszweige zur Verfügung.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten	
Betten	250

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	11497
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	19853

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) insgesamt
Anzahl Vollkräfte: 80,87
Kommentar: inklusive des ärztlichen Bereichs der Anästhesie und Radiologie

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	80,87
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	80,87
Nicht Direkt	0

Davon Fachärzte/innen insgesamt
Anzahl Vollkräfte: 38,43

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	38,43
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	38,43
Nicht Direkt	0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

- **Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt
Anzahl Vollkräfte: 171,82
Kommentar: inklusive OP-Personal, Intensiv, Notfallaufnahme, Endoskopie und Funktionsbereiche

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	171,82
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	171,82
Nicht Direkt	0

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist
Anzahl Vollkräfte: 34,11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	34,11	Zentraler OP, Aufnahmen
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	34,11
Nicht Direkt	0

- **Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen**

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal insgesamt
Anzahl Vollkräfte: 3,84
Kommentar: inklusive Endoskopie und OP

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	3,84
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	3,84
Nicht Direkt	0

- **Pflegehelfer und Pflegehelferinnen**

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt
Anzahl Vollkräfte: 0,66
Kommentar: Pflegesekretäre/-innen

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,66
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,66
Nicht Direkt	0

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist
Anzahl Vollkräfte: 0,66

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,66
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,66
Nicht Direkt	0

- **Operationstechnische Assistenten(innen)**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt
Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1
Nicht Direkt	0

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	Zentraler OP
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1
Nicht Direkt	0

- **Medizinische Fachangestellte**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Anzahl Vollkräfte: 4,49

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	4,49
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	4,49
Nicht Direkt	0

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist
Anzahl Vollkräfte: 2
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	2
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	2
Nicht Direkt	0

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP15 - Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin

Anzahl Vollkräfte: 1,48

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,48
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,48
Nicht Direkt	0

SP05 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 0,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,78
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,78
Nicht Direkt	0

SP56 - Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologie Assistentin (MTRA)

Anzahl Vollkräfte: 8,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	8,65
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	8,65
Nicht Direkt	0

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	4
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	4
Nicht Direkt	0

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	3
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	3
Nicht Direkt	0

SP21 - Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 8,34

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	8,34
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	8,34
Nicht Direkt	0

SP25 - Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Anzahl Vollkräfte: 1,76
Kommentar: Sozialdienst

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,76
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,76
Nicht Direkt	0

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

Anzahl Vollkräfte: 8,21

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,21	Labor
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,21	Labor
Nicht Direkt	0	

SP20 - Pädagoge und Pädagogin/Lehrer und Lehrerin

Anzahl Vollkräfte: 0,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,35	Diplomsportlehrer
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,35
Nicht Direkt	0

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	
Funktion	Ärztlicher Direktor ab 01.07.2017 bis 30.04.2018
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. med. Christian Unzicker
Telefon	0511/8208-2700
Fax	0511/8208-2384
E-Mail	christian.unzicker@krh.eu

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Ärztlicher Direktor mit QMB alle zwei Wochen
Tagungsfrequenz des Gremiums	andere Frequenz

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
Funktion	Ärztlicher Direktor ab 01.07.2017 bis 30.04.2018
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. med. Christian Unzicker
Telefon	0511/8208-2700
Fax	0511/8208-2384
E-Mail	christian.unzicker@krh.eu

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich	Ärztl. Direktor mit QMB alle zwei Wochen
Tagungsfrequenz des Gremiums	andere Frequenz

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Zertifizierung mehrerer Zentren Datum: 27.05.2016	
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Strahlenschutz, Hygiene, Brandschutz, Reanimation, Arbeitssicherheit
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: REA-Team Datum: 02.06.2015	REA-Team 24 Std. verfügbar, Reanimations-schulungen, einheitlicher REA-Ruf
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: Zentrale Richtlinie der Medizintechnik Datum: 24.10.2012	
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel	
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		DioMed

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwartetem Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	betr. MAT
RM18	Entlassungsmanagement	Name: Prozess Beschreibung Entlassungsmanagement Datum: 05.05.2012	

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf
Verbesserung Patientensicherheit	konzernweites webbasiertes CIRS

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	01.07.2017
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	"bei Bedarf"
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	"bei Bedarf"

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftrage Ärztinnen	6	In jeder Fachabteilung gibt es einen benannten Arzt. Krankenhaushygieniker und hygienebeauftragte Ärzte werden von den HFK und den Hygieneansprechpartnern in der Pflege unterstützt
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	2	
Hygienebeauftragte in der Pflege	14	

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Hygienekommission Vorsitzender	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. med. Christian Unzicker (bis 30.04.2018)
Telefon	0511/8208-2700
Fax	0511/8208-2834
E-Mail	christian.unzicker@krh.eu

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage	
Der Standard liegt vor	Ja
Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Adäquate Hautdesinfektion der Katheter Einstichstelle	Ja
c) Beachtung der Einwirkzeit	Ja
d) Weitere Hygienemaßnahmen	
- sterile Handschuhe	Ja
- steriler Kittel	Ja
- Kopfhaube	Ja
- Mund-Nasen-Schutz	Ja
- steriles Abdecktuch	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygiene kom. autorisiert	Ja

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern	
Der Standard liegt vor	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygiene -kommission autorisiert	Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie	
Die Leitlinie liegt vor	Ja
Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekommission autorisiert	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	
Der Standard liegt vor	Ja
1. Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja
b) Zu verwendende Antibiotika	Ja
c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja
2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekommission autorisiert	Ja
3. Antibiotikaprophylaxe bei operierten Patienten strukturiert überprüft	Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel	
Der Standard liegt vor	Ja
Der interne Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen	Ja
c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel	
d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoperative Wundinfektion	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekommission autorisiert	Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen wurde erhoben	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- auf allen Allgemeinstationen	46,05 ml/Patiententag
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen wurde erhoben	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- auf allen Intensivstationen	71,50 ml/Patiententag
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Teilweise

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

MRSA	
Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening	
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Ja

Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang	
Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	ITS-KISS	Intensivstationen
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRSA-Plus-Netzwerk	Region Hannover
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Findet analog der gesetzlichen und intern festgelegten Verfahren statt.
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Finden jährlich und bei Bedarf regelmäßig statt
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	Internes Konzept: Qualitätsziel Händehygiene seit 2007
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	URL: http://www.krankenhausspiegel-hannover.de/startseite/	SGB V, §137 Krankenhausspiegel Hannover

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Es existierte von 2007 bis zum Berichtsjahr 2015 für alle Konzernkliniken ein Zentrales Beschwerdemanagement, bekannt als „Lob und Tadel“. Ab 2016 wurden die Meldewege zu Lob- Beschwerdemanagement verändert, so dass die Anliegen direkt in den Kliniken, Instituten und Zentralen Bereichen bei benannten Beschwerdekoordinatoren eingehen, strukturiert erfasst und direkt bearbeitet werden können. Die Kontaktdaten sind im Internet und Intranet des Unternehmens bekannt gegeben.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement(Beschwerdestim-ulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Es existiert eine schriftliche Verfahrensanweisung Beschwerdemanagement. Dieses Konzept umfasst alle benannten Phasen von der Beschwerdestimulation bis zur Beschwerdeauswertung.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Jedes mündlich vorgetragene Anliegen wird vertrauensvoll im Beschwerdemanagement behandelt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Das Verfahren zum Umgang mit schriftlichen Beschwerden ist geregelt.

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	Ja	Die Zeitziele (Reaktionslatenz) und die Beschwerdebedeutung sind im schriftlichen Konzept im Klinikum Region Hannover definiert. Der Eingang jedes Anliegens wird bestätigt. Die Gesamtdauer eines Vorganges ist in Abhängigkeit der Komplexität variabel und kann von wenigen Stunden (Sofortlösung) bis zu mehreren Wochen (umfangreiche Lösung) betragen. Auf Wunsch werden Anliegen mit einer abschließenden Antwort an die meldende Person beendet.

Regelmäßige Einweiser Befragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	Es finden regelmäßige Einweiser Befragungen im Bereich des Darmkrebszentrums und des Endoprothetik Zentrums statt.

Regelmäßige Patientenbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	Es finden regelmäßige Befragungen im Bereich des Darmkrebszentrums und des Endoprothetik Zentrums statt.

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden	
Möglich	Ja
Link	http://lobundtadel.krh.eu/
Kommentar	Es sind anonyme Eingaben in das Beschwerdemanagement möglich.

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement	
Funktion	Beschwerdekoordinator
Titel, Vorname, Name	Herr Thomas Rieger, ab 1.6.2018 Frau Wiebke Brackhahn
Telefon	0511/8208-3838
E-Mail	lobundtadel.laatzen@krh.eu

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements	
Link zum Bericht	http://lobundtadel.krh.eu/
Kommentar	

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherinnen

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin	
Funktion	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. med. Dietrich Storp
Telefon	0511/8208-3699
E-Mail	Patientenfuersprecher.LAA@extern.krh.eu

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprechern oder Patientenfürsprecherinnen	
Kommentar	Patientenfürsprecher sind keine Mitarbeiter des KRH Klinikum Region Hannover sondern unabhängige Personen, die sich ehrenamtlich engagieren.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA01	Angiographiegerät/ DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	verfügbar zu den Regelarbeitszeiten. Außerhalbe der Regelarbeitszeiten: Gerät und Versorgungsleistung sind durch den Klinikverbund KRH verfügbar
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungs-gerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind im Klinikverbund KRH verfügbar.
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	Im Hause vorhanden
AA10	Elektroenzephalo-graphiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	Verfügbar zu den Regelarbeitszeiten. Außerhalb der Regelarbeitszeiten: Gerät und Versorgungsleistung sind durch den Klinikverbund KRH verfügbar
AA43	Elektrophysiolo-gischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen werden	-	verfügbar in den Regelarbeitszeiten. Außerhalb der Regelarbeitszeit: Gerät(e) und Versorgungsleistung sind durch den Klinikverbund KRH verfügbar
AA14	Gerät für Nierenersatzver-fahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie /-unterstützung		Ja	ECMO/ECLA sind im Konzern vorhanden.

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind durch den Klinikverbund KRH verfügbar.
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind durch den Klinikverbund KRH verfügbar.
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	-	Wird im Rahmen eines stationären Aufenthalts angeboten.
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind durch den Klinikverbund KRH verfügbar.
AA22	Magnetresonanz-tomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	Zu Regelarbeitszeiten durch externer Anbieter im Hause. 24 h: Gerät und Versorgungsleistung sind durch den Klinikverbund KRH verfügbar.
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind durch den Klinikverbund KRH verfügbar.
AA57	Radiofrequenz-ablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind durch den Klinikverbund KRH verfügbar.
AA32	Szintigraphiescanner / Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind durch den Klinikverbund KRH verfügbar.

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	-	Gerät(e) und Versorgungsleistung sind durch den Klinikverbund KRH verfügbar.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Medizinische Klinik

B-1.1 Allgemeine Angaben Medizinische Klinik

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Medizinische Klinik
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Frau PD Dr. Andrea Riphaus
Telefon	0511/8208-2400
Fax	0511/8208-2751
E-Mail	andrea.riphaus@krh.eu

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt ab 1.4.2018
Titel, Vorname, Name	Herr Prof. Dr. med. Jan Ortlepp
Telefon	0511/8208-2400
Fax	0511/8208-2751
E-Mail	jan.ortlepp@krh.eu

Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Hildesheimer Str. 158	30880 Laatzen	http://www.krh.eu/klinikum/AKL/kliniken/medklinik/Seiten/default.aspx

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Medizinische Klinik

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Medizinische Klinik
VI00	Kapselendoskopie
VR06	Endosonographie
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel
VR04	Duplexsonographie
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR02	Native Sonographie
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI27	Spezialsprechstunde
VI38	Palliativmedizin
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VX00	Zertifiziertes Darmkrebszentrum DIN EN ISO 9001
VX00	Funktionsdiagnostik der Speiseröhre (pH-Metrie, Manometrie, Impedanzmessung)

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Medizinische Klinik

Trifft nicht zu.

B-1.5 Fallzahlen Medizinische Klinik

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	4810
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K29	255	Gastritis und Duodenitis
2	I50	247	Herzinsuffizienz
3	J18	212	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
4	I10	199	Essentielle (primäre) Hypertonie
5	E86	196	Volumenmangel
6	J44	192	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
7	F10	154	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
8	N39	139	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
9	R55	132	Synkope und Kollaps
10	J22	118	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	1210	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
2	9-984	1093	Pflegebedürftigkeit
3	1-440	779	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
4	3-034	729	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]
5	8-930	574	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
6	9-200	484	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
7	1-650	444	Diagnostische Koloskopie
8	1-653	380	Diagnostische Proktoskopie
9	8-550	352	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
10	8-933	322	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatsprechstunde	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)

Notfallambulanz	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)

Prästationäre Behandlung	
Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	29	Diagnostische Koloskopie
2	5-452	5	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
3	1-444	4	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 20,3
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	20,3
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	20,3
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 236,94581

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 6,6
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	6,6
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	6,6
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 728,78788

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ23	Innere Medizin
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie
AQ24	Innere Medizin und Angiologie
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF07	Diabetologie
ZF05	Betriebsmedizin
ZF34	Proktologie
ZF28	Notfallmedizin
ZF15	Intensivmedizin
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre
Personal in Fachabteilung
Anzahl Vollkräfte: 45,43
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	45,43
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	45,43
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 105,87717

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre
Personal in Fachabteilung
Anzahl Vollkräfte: 0,17
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,17
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,17
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 28294,11765

Medizinische Fachangestellte

Ausbildungsdauer: 3 Jahre
Personal in Fachabteilung
Anzahl Vollkräfte: 2,49
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	2,49
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	2,49
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1931,72691

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP20	Palliative Care
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitus Management
ZP19	Sturzmanagement

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-2 Allgemeine Chirurgie

B-2.1 Allgemeine Angaben Allgemeine Chirurgie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Allgemeine Chirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Hr. Dr. med. Ulrich Possin
Telefon	0511/8208-2500
Fax	0511/8208-2502
E-Mail	ulrich.possin@krh.eu

Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Hildesheimerstr. 158	30880 Laatzen	http://krh.eu/klinikum/AKL/kliniken/chirurgie/Seiten/default.aspx

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote Allgemeine Chirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Allgemeine Chirurgie	Kommentar
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	Qualitätsgesicherte Hernienchirurgie
VC58	Spezialsprechstunde	Refluxchirurgie, Gefäßchirurgie, Dickdarmchirurgie
VC62	Portimplantation	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Allgemeine Chirurgie	Kommentar
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	Die gesamte operative Behandlung gutartiger und bösartiger Darmerkrankungen wird versorgt unter Einschluss von laparoskopischen Dickdarmentfernungen.
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	Hochspezialisierte Chirurgie der Bauchspeicheldrüse bei Krebserkrankungen und chronischen Entzündungen.
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	Der überwiegende Anteil der abdominellen Operationen erfolgt laparoskopisch/minimalinvasiv.
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	In Zusammenarbeit mit der interventionellen Radiologie erfolgt die offene und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen.
VC14	Speiseröhrenchirurgie	komplette Refluxdiagnostik, High Resolution Manometrie, pH-Metrie, Behandlung Achalasie, Speiseröhrendivertikel, GIST, Leiomyom
VC21	Endokrine Chirurgie	Chirurgie der Schilddrüse mit Neuromonitoring Nervus recurrens, Nebennieren
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	Varizen - Chirurgie der unteren Extremitäten.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Allgemeine Chirurgie	Kommentar
VC24	Tumorchirurgie	Es besteht ein interdisziplinäres Tumorboard mit regelmäßigen Besprechungen der Tumorpatienten unter Anwesenheit der Chirurgie (onkologischer Schwerpunkt Hannover Süd), Strahlentherapie (Praxis Brenneisen, Wildfang), Gastroenterologie, Radiologie.
VX00	Zertifiziertes Darmkrebszentrum DIN EN ISO 9001	Darmkrebszentrum nach DKG und ISO
VI00	Sonographie	
VI00	Ambulantes Operieren	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Notfallmedizin	
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	Carotis- Chirurgie In Zusammenarbeit mit der Stroke - Unit der neurologischen Klinik wurden über 60 Eingriffe an den extracraniellen Gefäßen durchgeführt.
VC20	Nierenchirurgie	
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	

B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Allgemeine Chirurgie

Trifft nicht zu.

B-2.5 Fallzahlen Allgemeine Chirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1227
Teilstationäre Fallzahl	0

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K80	131	Cholelithiasis
2	I70	107	Atherosklerose
3	K40	95	Hernia inguinalis
4	K35	76	Akute Appendizitis
5	L02	73	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel
6	K56	51	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
7	C20	37	Bösartige Neubildung des Rektums
8	K57	34	Divertikulose des Darmes
9	K43	32	Hernia ventralis
10	T81	31	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-469	155	Andere Operationen am Darm
2	5-511	152	Cholezystektomie
3	5-932	134	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
4	5-381	123	Endarteriektomie
5	5-895	123	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
6	5-896	109	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
7	5-850	106	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie
8	5-930	103	Art des Transplantates
9	5-530	97	Verschluss einer Hernia inguinalis
10	5-916	91	Temporäre Weichteildeckung

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatsprechstunde	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	Speiseröhren- und Pankreaserkrankungen, spezielle Anfragen Di, Do 14:00-16:00 Uhr und nach Vereinbarung

Notfallambulanz	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Angebotene Leistung	Adipositaschirurgie (VC60)
Angebotene Leistung	Aortenaneurysmachirurgie (VC16)
Angebotene Leistung	Arthroskopische Operationen (VC66)
Angebotene Leistung	Chirurgische Intensivmedizin (VC67)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)
Angebotene Leistung	Endokrine Chirurgie (VC21)
Angebotene Leistung	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)
Angebotene Leistung	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie (VC23)
Angebotene Leistung	Magen-Darm-Chirurgie (VC22)
Angebotene Leistung	Mammachirurgie (VC68)
Angebotene Leistung	Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56)
Angebotene Leistung	Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VC55)
Angebotene Leistung	Nierenchirurgie (VC20)
Angebotene Leistung	Notfallmedizin (VC71)
Angebotene Leistung	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen (VC17)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)
Angebotene Leistung	Portimplantation (VC62)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VC58)
Angebotene Leistung	Transplantationschirurgie (VC25)
Angebotene Leistung	Tumorchirurgie (VC24)

Sprechstunde für Bauchchirurgie (Einweisersprechstunde)	
Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)

Sprechstunde für Gefäßchirugie	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04)
Kommentar	Mit Überweisung vom Facharzt für Orthopädie, Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-385	76	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
2	5-399	66	Andere Operationen an Blutgefäßen
3	5-852	6	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie
4	5-401	4	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 10,17
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	10,17
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	10,17
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 120,64897

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 6,25
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	6,25
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	6,25
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 196,32

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ13	Viszeralchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ06	Allgemeinchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung
Anzahl Vollkräfte: 12,14
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	12,14
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	12,14
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 101,07084

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung
Anzahl Vollkräfte: 0,25
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,25
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,25
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 4908

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-3 Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

B-3.1 Allgemeine Angaben Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
Fachabteilungsschlüssel	2300
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Hr. Prof. Dr. med. Oliver Rühmann
Telefon	0511/8208-2300
Fax	0511/8208-2327
E-Mail	oliver.ruehmann@krh.eu

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Leitender Arzt
Titel, Vorname, Name	Hr. Dr. med. Thomas Berndt
Telefon	0511/8208-2300
Fax	0511/8208-2327
E-Mail	thomas.berndt@krh.eu

Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Hildesheimer Straße 158	30880 Laatzen	http://www.krh.eu/klinikum/AKL/kliniken/orthopaedie/Seiten/default.aspx

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
VC66	Arthroskopische Operationen
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC67	Chirurgische Intensivmedizin
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VO15	Fußchirurgie
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VO16	Handchirurgie
VO12	Kinderorthopädie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC71	Notfallmedizin
VO17	Rheumachirurgie
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
VO19	Schulterchirurgie
VC30	Septische Knochenchirurgie
VI00	Ambulantes Operieren
VO00	Sonstige im Bereich Orthopädie
VO13	Spezialsprechstunde
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
VO21	Traumatologie
VN00	Im Rahmen der interdisziplinären Notfallambulanz

B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Trifft nicht zu.

B-3.5 Fallzahlen Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3095
Teilstationäre Fallzahl	0

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	M75	491	Schulterläsionen
2	M24	313	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen
3	M16	222	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
4	M17	200	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
5	S72	172	Fraktur des Femurs
6	M20	141	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen
7	S42	129	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
8	M19	128	Sonstige Arthrose
9	S52	104	Fraktur des Unterarmes

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
10	S82	101	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-814	958	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
2	5-810	653	Arthroskopische Gelenkoperation
3	5-788	514	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
4	5-811	457	Arthroskopische Operation an der Synovialis
5	5-782	344	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe
6	5-820	300	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
7	5-786	292	Osteosyntheseverfahren
8	9-984	242	Pflegebedürftigkeit
9	5-794	200	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
10	5-812	186	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

2 Privatsprechstunden	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Ambulantes Operieren (VC00)
Angebotene Leistung	Amputationschirurgie (VC63)
Angebotene Leistung	Arthroskopische Operationen (VC66)
Angebotene Leistung	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie (VC64)
Angebotene Leistung	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
Angebotene Leistung	Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (VO03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (VO06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (VO07)

2 Privatsprechstunden	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (VO08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien (VO04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes (VO02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane (VO11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
Angebotene Leistung	Endoprothetik (VO14)
Angebotene Leistung	Fußchirurgie (VO15)
Angebotene Leistung	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)
Angebotene Leistung	Geriartrische Traumatologie (VC00)

2 Privatsprechstunden	
Angebotene Leistung	Handchirurgie (VO16)
Angebotene Leistung	Kinderorthopädie (VO12)
Angebotene Leistung	Kindertraumatologie (VC00)
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
Angebotene Leistung	Rheumachirurgie (VO17)
Angebotene Leistung	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie (VO18)
Angebotene Leistung	Schulterchirurgie (VO19)
Angebotene Leistung	Septische Knochenchirurgie (VC30)
Angebotene Leistung	Sonstige im Bereich Chirurgie (VC00)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VO13)
Angebotene Leistung	Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)
Angebotene Leistung	Traumatologie (VO21)
Angebotene Leistung	Verbrennungschirurgie (VC69)

7 Sprechstunde für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04)
Angebotene Leistung	Ambulantes Operieren (VC00)
Angebotene Leistung	Amputationschirurgie (VC63)
Angebotene Leistung	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie (VC64)
Angebotene Leistung	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
Angebotene Leistung	Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (VO03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (VO06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (VO07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)

7 Sprechstunde für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (VO08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien (VO04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes (VO02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane (VO11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
Angebotene Leistung	Endoprothetik (VO14)
Angebotene Leistung	Fußchirurgie (VO15)
Angebotene Leistung	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)
Angebotene Leistung	Handchirurgie (VO16)
Angebotene Leistung	Kinderorthopädie (VO12)
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
Angebotene Leistung	Rheumachirurgie (VO17)

7 Sprechstunde für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin	
Angebotene Leistung	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie (VO18)
Angebotene Leistung	Schulterchirurgie (VO19)
Angebotene Leistung	Septische Knochenchirurgie (VC30)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VO13)
Angebotene Leistung	Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)
Angebotene Leistung	Traumatologie (VO21)
Angebotene Leistung	Verbrennungschirurgie (VC69)
Angebotene Leistung	Wirbelsäulenchirurgie (VC65)

Notfallaufnahme	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Angebotene Leistung	Ambulantes Operieren (VC00)
Angebotene Leistung	Amputationschirurgie (VC63)
Angebotene Leistung	Arthroskopische Operationen (VC66)
Angebotene Leistung	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie (VC64)
Angebotene Leistung	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
Angebotene Leistung	Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (VO03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (VO06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (VO07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (VO08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien (VO04)

Notfallaufnahme	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes (VO02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane (VO11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
Angebotene Leistung	Endoprothetik (VO14)
Angebotene Leistung	Fußchirurgie (VO15)
Angebotene Leistung	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)
Angebotene Leistung	Geriartrische Traumatologie (VC00)
Angebotene Leistung	Handchirurgie (VO16)
Angebotene Leistung	Kinderorthopädie (VO12)
Angebotene Leistung	Kindertraumatologie (VC00)
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
Angebotene Leistung	Rheumachirurgie (VO17)
Angebotene Leistung	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie (VO18)
Angebotene Leistung	Schulterchirurgie (VO19)
Angebotene Leistung	Septische Knochenchirurgie (VC30)
Angebotene Leistung	Sonstige im Bereich Chirurgie (VC00)

Notfallaufnahme	
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VO13)
Angebotene Leistung	Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)
Angebotene Leistung	Traumatologie (VO21)
Angebotene Leistung	Verbrennungschirurgie (VC69)

Ambulanz für Arbeitsunfälle (Berufsgenossenschaften)	
Ambulanzart	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)
Angebotene Leistung	Ambulantes Operieren (VC00)
Angebotene Leistung	Amputationschirurgie (VC63)
Angebotene Leistung	Arthroskopische Operationen (VC66)
Angebotene Leistung	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie (VC64)
Angebotene Leistung	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
Angebotene Leistung	Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (VO03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (VO06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (VO07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (VO08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien (VO04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes (VO02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane (VO11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)

Ambulanz für Arbeitsunfälle (Berufsgenossenschaften)	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
Angebotene Leistung	Endoprothetik (VO14)
Angebotene Leistung	Fußchirurgie (VO15)
Angebotene Leistung	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)
Angebotene Leistung	Geriartrische Traumatologie (VC00)
Angebotene Leistung	Handchirurgie (VO16)
Angebotene Leistung	Kinderorthopädie (VO12)
Angebotene Leistung	Kindertraumatologie (VC00)
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
Angebotene Leistung	Rheumachirurgie (VO17)
Angebotene Leistung	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie (VO18)
Angebotene Leistung	Schulterchirurgie (VO19)
Angebotene Leistung	Septische Knochenchirurgie (VC30)
Angebotene Leistung	Sonstige im Bereich Chirurgie (VC00)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VO13)
Angebotene Leistung	Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)
Angebotene Leistung	Verbrennungschirurgie (VC69)

Vor- und Nachstationäre Behandlung	
Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
Angebotene Leistung	Ambulantes Operieren (VC00)
Angebotene Leistung	Amputationschirurgie (VC63)
Angebotene Leistung	Arthroskopische Operationen (VC66)
Angebotene Leistung	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie (VC64)
Angebotene Leistung	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
Angebotene Leistung	Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (VO03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (VO06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (VO07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (VO08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien (VO04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes (VO02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane (VO11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)

Vor- und Nachstationäre Behandlung	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
Angebotene Leistung	Endoprothetik (VO14)
Angebotene Leistung	Fußchirurgie (VO15)
Angebotene Leistung	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)
Angebotene Leistung	Geriartrische Traumatologie (VC00)
Angebotene Leistung	Handchirurgie (VO16)
Angebotene Leistung	Kinderorthopädie (VO12)
Angebotene Leistung	Kindertraumatologie (VC00)
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
Angebotene Leistung	Rheumachirurgie (VO17)
Angebotene Leistung	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie (VO18)
Angebotene Leistung	Schulterchirurgie (VO19)
Angebotene Leistung	Septische Knochenchirurgie (VC30)
Angebotene Leistung	Sonstige im Bereich Chirurgie (VC00)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VO13)
Angebotene Leistung	Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)
Angebotene Leistung	Traumatologie (VO21)
Angebotene Leistung	Verbrennungschirurgie (VC69)

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-697	76	Diagnostische Arthroskopie
2	5-811	59	Arthroskopische Operation an der Synovialis
3	5-787	54	Entfernung von Osteosynthesematerial
4	5-812	44	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
5	5-788	22	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
6	5-808	6	Arthrodese
7	5-814	6	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 19,45
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	19,45
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	19,45
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 159,12596

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 10,49
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	10,49
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	10,49
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 295,0429

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie
ZF19	Kinder-Orthopädie
ZF44	Sportmedizin
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie
ZF28	Notfallmedizin
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF31	Phlebologie
ZF02	Akupunktur
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung
Anzahl Vollkräfte: 23,89
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	23,89
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	23,89
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 129,55211

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung
Anzahl Vollkräfte: 1,75
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,75
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,75
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1768,57143

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-4 Neurologie

B-4.1 Allgemeine Angaben Neurologie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Neurologie
Fachabteilungsschlüssel	2800
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefärztin seit 1.6.2018
Titel, Vorname, Name	Frau Prof. Dr. med. Katharina Hein
Telefon	0511/8208-2600
Fax	0511/8208-2602
E-Mail	katharina.hein@krh.eu

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Hr. Prof. Dr. med. Andreas Schwartz
Telefon	0511/8208-2600
Fax	0511/8208-2602
E-Mail	andreas.schwartz@krh.eu

Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Hildesheimer Straße 158	30880 Laatzen	http://www.krh.eu/klinikum/AKL/kliniken/neurologie/Seiten/default.aspx

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote Neurologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Neurologie	Kommentar
VN09	Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Neurologie	Kommentar
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	Entzündungen des zentralen Nervensystems einschließlich Multipler Sklerose
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Differenzierung der Demenzen auch durch Bildgebung und Liquordiagnostik, Ausrichtung auf Multimorbidität
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	Hirntumore; in enger Kooperation mit der Neurochirurgischen Klinik des Klinikums Nordstadt
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	Periphere Nervenschäden einschließlich akuter Bandscheibenleiden; differenzierte bildgebende und neurophysiologische Diagnostik
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	Hirntumore; in enger Kooperation mit der Neurochirurgischen Klinik des Klinikums Nordstadt und Strahlentherapie
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	z.B. Myasthenie, Polyneuritis Guillain-Barré

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Neurologie	Kommentar
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	Umfassende Laboruntersuchung und neurophysiologische Diagnostik
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	Schlaganfall-Akutbehandlung auf der Spezialstation Stroke - Unit
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	
VN23	Schmerztherapie	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VN24	Stroke Unit	
VN00	Neurologische CT Befundung	
VN00	Im Rahmen der interdisziplinären Notfallambulanz	
VN00	EMG / NLG	
VN00	VEP / SEP	
VN00	EEG	

B-4.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Neurologie

Trifft nicht zu.

B-4.5 Fallzahlen Neurologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2365
Teilstationäre Fallzahl	0

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I63	562	Hirninfarkt
2	G45	337	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome
3	G40	252	Epilepsie
4	S06	174	Intrakranielle Verletzung
5	M51	121	Sonstige Bandscheibenschäden
6	H81	91	Störungen der Vestibularfunktion
7	R20	62	Sensibilitätsstörungen der Haut
8	G44	59	Sonstige Kopfschmerzsyndrome
9	G20	39	Primäres Parkinson-Syndrom
10	G35	31	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]

B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-207	2492	Elektroenzephalographie (EEG)
2	1-208	1257	Registrierung evozierter Potentiale
3	3-035	874	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung
4	8-981	639	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
5	9-320	539	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens
6	3-034	393	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]
7	1-204	368	Untersuchung des Liquorsystems
8	9-984	348	Pflegebedürftigkeit
9	9-200	184	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
10	1-205	67	Elektromyographie (EMG)

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Neurologische Notfallmedizin	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Kommentar	Im Rahmen der interdisziplinären Notfallambulanz
Angebotene Leistung	Im Rahmen der interdisziplinären Notfallambulanz (VN00)

Privatambulanz	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)

Vor- und nachstationäre Behandlung	
Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 14,3**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	14,35
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	14,35
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 164,80836

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 4,67
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	4,67
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	4,67
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 506,42398

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ42	Neurologie
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-4.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung
Anzahl Vollkräfte: 29,61
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	29,61
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	29,61
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 79,87166

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal in Fachabteilung
Anzahl Vollkräfte: 1,67
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,67
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,67
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1416,16766

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP02	Bobath
ZP29	Stroke Unit Care
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-5 Anästhesie-, Intensivmedizin

B-5.1 Allgemeine Angaben Anästhesie-, Intensivmedizin

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Anästhesie-, Intensivmedizin
Fachabteilungsschlüssel	3600
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. med. Jürgen Kaukemüller
Telefon	0511/8208-2700
Fax	0511/8208-2834
E-Mail	juergen.kaukemueller@krh.eu

Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Hildesheimer Straße 158	30880 Laatzen	http://www.krh.eu/klinikum/AKL/kliniken/anaesthesie/Seiten/default.aspx

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote Anästhesie-, Intensivmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Anästhesie-, Intensivmedizin	Kommentar
VX00	Anästhesie	Anästhesie (Allgemein- und Regionalanästhesie), Operative Intensivstation, EEG- gestützte Narkosesteuerung, autologe maschinelle Retransfusion zur Reduzierung von Fremdblutgaben, postoperative Akutschmerztherapie

B-5.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Anästhesie-, Intensivmedizin

Trifft nicht zu.

B-5.5 Fallzahlen Anästhesie-, Intensivmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-803	377	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut
2	8-930	296	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
3	8-800	278	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
4	8-831	244	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
5	8-919	84	Komplexe Akutschmerzbehandlung
6	8-812	67	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
7	8-915	61	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
8	8-910	57	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
9	8-931	53	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes
10	1-620	51	Diagnostische Tracheobronchoskopie

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 13,8
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	13,8
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	13,8
Nicht Direkt	0

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 8,66
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	8,66
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	8,66
Nicht Direkt	0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ01	Anästhesiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF30	Palliativmedizin	
ZF15	Intensivmedizin	Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin	

B-5.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung
Anzahl Vollkräfte: 26,64
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	26,64
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	26,64
Nicht Direkt	0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement

B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-6 Radiologie

B-6.1 Allgemeine Angaben Radiologie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Radiologie
Fachabteilungsschlüssel	3751
Art	Hauptabteilung

Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr Dr. med Herbert Rosenthal
Telefon	0511/8208-2432
Fax	0511/8208-2826
E-Mail	herbert.rosenthal@krh.eu

Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Hildesheimer Straße 158	30880 Laatzen	http://www.krh.eu/klinikum/AKL/kliniken/radiologie/Seiten/default.aspx

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote Radiologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Radiologie
VR15	Arteriographie
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR10	Computertomographie (CT), nativ
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
VR41	Interventionelle Radiologie
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR42	Kinderradiologie
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Radiologie
VR16	Phlebographie
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
VR44	Teleradiologie

B-6.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Radiologie

Trifft nicht zu.

B-6.5 Fallzahlen Radiologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-200	3001	Native Computertomographie des Schädels
2	3-990	1434	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
3	3-820	976	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
4	3-994	680	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik
5	3-225	431	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
6	3-203	325	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
7	3-222	304	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
8	3-205	268	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
9	3-207	210	Native Computertomographie des Abdomens
10	3-800	186	Native Magnetresonanztomographie des Schädels

B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privat	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT), nativ (VR10)
Angebotene Leistung	Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-604	4	Arteriographie der Gefäße des Abdomens
2	3-605	4	Arteriographie der Gefäße des Beckens
3	3-607	4	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 2,8
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	2,8
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	2,8
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 1,76

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,76
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,76
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ54	Radiologie

B-6.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre
Personal in Fachabteilung
Anzahl Vollkräfte: 0

C Qualitätssicherung

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

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

C-1.2.[1] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für:

I. Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

I.A Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden

Leistungsbereich	**Herzschrittmacher-Implantation**
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Chirurgische Komplikationen**
Kennzahl-ID	**1103**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 29
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,84%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,0% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,77 - 0,90%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 11,70%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**
Kennzahl-ID	**51191**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Ergebnis	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 29
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,97
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,0 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 13,89
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden.
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch**
Kennzahl-ID	**603**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Ergebnis (%)	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	5 / 5
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	98,96%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0% (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,78 - 99,12%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	56,55 - 100,00%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch**
Kennzahl-ID	**604**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Ergebnis (%)	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	15 / 15
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	99,82%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0% (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,71 - 99,89%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	79,61 - 100,00%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch**
Kennzahl-ID	**11724**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. In diesem Indikator werden neben periprozedualen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle, bei denen ? Gehen nur mit Hilfe möglich ist und/oder eine komplette Aphasie vorliegt, ? die Patientin / der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder ? der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat.
Ergebnis	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 20
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	1,17
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,0 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,06 - 1,29
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 11,77

Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch**
Kennzahl-ID	**11724**
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden.
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme**
Kennzahl-ID	**2005**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Ergebnis (%)	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	248 / 248
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	98,43%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0% (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,39 - 98,48%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,47 - 100,00%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)**
Kennzahl-ID	**2009**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.
Ergebnis (%)	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	191 / 191
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	95,27%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0% (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,18 - 95,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,03 - 100,00%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)**
Kennzahl-ID	**2013**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.
Ergebnis (%)	91,58
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	87 / 95
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	94,01%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0% (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,88 - 94,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	84,25 - 95,67%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung**
Kennzahl-ID	**2028**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Ergebnis (%)	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	125 / 125
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	95,59%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0% (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,49 - 95,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,02 - 100,00%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**
Kennzahl-ID	**50778**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Ergebnis	1,05
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	40 / 248
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	1,04
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,6 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,78 - 1,38
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme**
Kennzahl-ID	**50722**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Ergebnis (%)	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	241 / 241
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	96,25%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0% (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,18 - 96,32%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,43 - 100,00%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Chirurgische Komplikationen**
Kennzahl-ID	**1089**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 10
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,7%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,0% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,57 - 0,87%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 27,75%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**
Kennzahl-ID	**51404**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Ergebnis	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 10
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,6 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,86 - 1,15
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 52,05
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden.
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4**
Kennzahl-ID	**52010**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Ergebnis	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 11126
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,01
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,03
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen**
Kennzahl-ID	**52305**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Ergebnis (%)	96,64
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	115 / 119
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	95,68%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,61 - 95,76%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,68 - 98,69%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden**
Kennzahl-ID	**52307**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Ergebnis (%)	87,5
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit (H20)
Zähler / Nenner	28 / 32
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	97,78%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,67 - 97,88%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	71,93 - 95,03%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden**
Kennzahl-ID	**52315**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 6
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,78%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,0% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,60 - 1,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 39,03%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Leitlinienkonforme Systemwahl**
Kennzahl-ID	**54140**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
Ergebnis (%)	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	28 / 28
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	98,28%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0% (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,19 - 98,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,94 - 100,00%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Systeme 3. Wahl**
Kennzahl-ID	**54143**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 28
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	1,67%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,0% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,58 - 1,77%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 12,06%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**
Kennzahl-ID	**54030**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Ergebnis (%)	11,76
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	8 / 68
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	16,23%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,0% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	15,94 - 16,53%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	6,08 - 21,53%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung**
Kennzahl-ID	**54033**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Ergebnis	0,67
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	4 / 48
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	1,08
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,4 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,06 - 1,11
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,26 - 1,57
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen**
Kennzahl-ID	**54036**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Ergebnis	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 68
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,96
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,9 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 9,08
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden.
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**
Kennzahl-ID	**54040**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Ergebnis	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 68
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,73
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,5 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,66 - 0,79
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 6,24
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden.
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**
Kennzahl-ID	**54046**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Ergebnis	1,08
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	(Datenschutz)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,0 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,37 - 2,98
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen- Erstimplantation**
Kennzahl-ID	**54001**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Ergebnis (%)	93,59
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	219 / 234
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	96,65%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,56 - 96,73%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,69 - 96,08%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel**
Kennzahl-ID	**54002**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispiels-weise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitäts-indikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Ergebnis (%)	77,78
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) (U33)
Zähler / Nenner	35 / 45
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	92,87%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,0% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,56 - 93,17%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	63,73 - 87,46%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**
Kennzahl-ID	**54003**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Ergebnis (%)	12,7
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	8 / 63
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	15,63%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,0% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	15,34 - 15,93%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	6,58 - 23,11%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Sturzprophylaxe**
Kennzahl-ID	**54004**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Ergebnis (%)	96,37
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	186 / 193
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	95%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,0% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,90 - 95,10%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,70 - 98,23%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**
Kennzahl-ID	**54015**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Ergebnis (%)	20,63
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	13 / 63
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	11,11%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 24,3% (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	10,85 - 11,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	12,48 - 32,17%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation**
Kennzahl-ID	**54016**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Ergebnis (%)	3,45
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	8 / 232
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	1,62%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,0% (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,56 - 1,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,76 - 6,66%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel**
Kennzahl-ID	**54017**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 36
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	6,21%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 17,5% (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,93 - 6,51%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 9,64%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**
Kennzahl-ID	**54018**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 63
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	4,52%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,1% (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,35 - 4,69%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 5,75%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel**
Kennzahl-ID	**54120**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Ergebnis (%)	11,11
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	5 / 45
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	11,77%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 29,4% (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	11,39 - 12,15%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	4,84 - 23,50%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Beweglichkeit bei Entlassung**
Kennzahl-ID	**54010**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Ergebnis (%)	99,14
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	230 / 232
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	98,01%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0% (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,95 - 98,08%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,91 - 99,76%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung**
Kennzahl-ID	**54012**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Ergebnis	1,18
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	10 / 272
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	1,01
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,3 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,64 - 2,12
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit**
Kennzahl-ID	**54013**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit „geringer Sterbewahrscheinlichkeit“. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Ergebnis	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 288
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,2
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,18 - 0,22
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,32
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Indikation zur elektiven Knieendoprothesen- Erstimplantation**
Kennzahl-ID	**54020**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Ergebnis (%)	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	150 / 150
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	97,64%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0% (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,56 - 97,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,50 - 100,00%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Indikation zur Schlittenprothese**
Kennzahl-ID	**54021**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Ergebnis (%)	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	21 / 21
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	95,93%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0% (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,65 - 96,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	84,54 - 100,00%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel**
Kennzahl-ID	**54022**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Ergebnis (%)	61,9
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle (U32)
Zähler / Nenner	13 / 21
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	90,88%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,0% (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	90,47 - 91,28%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	40,88 - 79,25%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Beweglichkeit bei Entlassung**
Kennzahl-ID	**54026**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Ergebnis (%)	92,35
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	157 / 170
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	92,42%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,0% (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,29 - 92,54%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,36 - 95,48%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung**
Kennzahl-ID	**54028**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Ergebnis	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 181
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,94
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,2 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,19
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	In den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren sind die erwarteten Werte der Krankenhäuser immer größer als 0. Sehr kleine Werte von z.B. 0,001 können aus technischen Gründen nicht dargestellt werden, da nur zwei Nachkommastellen ausgewiesen werden.
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Systeme 1. Wahl**
Kennzahl-ID	**54141**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
Ergebnis	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)
Zähler / Nenner	28 / 28
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	96,41
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,27 - 96,54
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,94 - 100,00
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Systeme 2. Wahl**
Kennzahl-ID	**54142**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
Ergebnis	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)
Zähler / Nenner	0 / 28
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	0,2
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,17 - 0,24
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 12,06
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)**
Kennzahl-ID	**2006**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
Ergebnis	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)
Zähler / Nenner	244 / 244
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	98,5
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,45 - 98,54
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,45 - 100,00
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	**Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)**
Kennzahl-ID	**2007**
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
Ergebnis	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)
Zähler / Nenner	4 / 4
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	96,63
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,25 - 96,97
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	51,01 - 100,00
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich: Erkrankungen des Herzens	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	1.1 - Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten
Ergebnis	Rate: 5,6% (Zähler: 5, Nenner: 89)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Definition Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 8,5%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 10,3%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Herzens	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	2.1 - Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten
Ergebnis	Rate: 9,7% (Zähler: 24, Nenner: 247)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 8,5%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 9,8%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Herzens	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	3.11 - Katheter der Koronargefäße BEI Herzinfarkt (Alter >19), ohne Herzoperation, Todesfälle, aufgetreten
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 9)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 5,8%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 5,2%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen des Herzens	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	3.121 - Diagnostischer Katheter der Koronargefäße OHNE HD Herzinfarkt ohne Herz-OP (Alter >19), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 20)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,14%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,14%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Schlaganfall (Stroke)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	9.1 - Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten
Ergebnis	Rate: 7,3% (Zaähler: 43, Nenner: 593)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 8,6%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 8,9%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Schlaganfall (Stroke)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	9.3 - Hirninfarkt (ICD I63, Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten
Ergebnis	Rate: 6,9% (Zähler: 39, Nenner: 562)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 6,4%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 6,6%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Schlaganfall (Stroke)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	9.61 - Anteil Schlaganfall nicht näher bezeichnet (ICD I64)
Ergebnis	Rate: 0,17% (Zähler: 1, Nenner: 593)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,5%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,5%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Lunge	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	14.2 - Pneumonie ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter>19, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 12,9% (Zähler: 24, Nenner: 186)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 10,0%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 10,8%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Lunge	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	15.1 - Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD ohne Tumor, Alter >19), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 4,2% (Zähler: 8, Nenner: 189)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 4,2%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 4,8%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Operationen an den Bauchorganen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	18.1 - Cholezystektomie bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil laparoskopische Ops
Ergebnis	Rate: 93,0% (Zähler: 120, Nenner: 129)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 93,1%
Vergleichswerte	Ziel: > 93,1%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Operationen an den Bauchorganen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	18.3 - Cholezystektomie bei Gallensteinen, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 129)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,5%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,5%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Operationen an den Bauchorganen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	19.1 - Patienten mit Herniotomie ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 129)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,12%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,12%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Operationen an den Bauchorganen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	21.311 - Kolonresektionen bei kolorekt. Karzinom ohne kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle | V3.3
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 19)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 4,7%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,7%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Operationen an den Bauchorganen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	21.313 - Rektumresektionen bei kolorekt. Karzinom, Anteil Todesfälle | V3.3
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 18)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten 2017 §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 3,9%
Vergleichswerte	Ziel: < 3,9%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Operationen an den Bauchorganen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	21.321 - kolorektale Resektionen, bei Divertikel ohne Abszess/Perforation, Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 6)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,0%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,0%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	26.1 - Extrakranielle Gefäß-Operationen, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 22)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,84%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,84%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	26.2 - Perkutane Stentimplantation in extrakranielle Gefäße, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 6)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,24%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,24%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	27.21 - Resektion/Ersatz abdominale Aorta bei Aneurysma, nicht rupturiert, offen operiert, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 1)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 7,4%
Vergleichswerte	Ziel: < 7,4%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	28.11 - Becken-/Beinarterien-OP bei Claudicatio, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zaähler: 0, Nenner: 42)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,45%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,45%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	28.12 - Becken-/Beinarterien-OP bei Ruheschmerz, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 4)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 2,2%
Vergleichswerte	Ziel: < 2,2%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Gefäßoperationen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	28.13 - Becken-/Beinarterien-OP bei Ulzeration oder Gangrän, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 10)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 4,8%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,8%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Geburtshilfe und Frauenheilkunde	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	34.1 - Hysterektomie bei gutartigen Erkrankungen (Alter >14), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 1)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,04%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,04%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Geburtshilfe und Frauenheilkunde	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	34.2 - Anteil vaginale/laparoskopische OPs bei Hysterektomien ohne Plastik (inkl. Umsteiger)
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 1)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 85,8%
Vergleichswerte	Ziel: > 85,8%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Orthopädische und unfallchirurgische Krankheitsbilder	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	41.1 - Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose und chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 228)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,16%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,16%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Orthopädische und unfallchirurgische Krankheitsbilder	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	42.1 - Hüft-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 23)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 1,01%
Vergleichswerte	Ziel: < 1,01%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Orthopädische und unfallchirurgische Krankheitsbilder	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	43.1 - Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei Gonarthrose und chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,63% (Zähler: 1, Nenner: 160)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,09%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,09%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Orthopädische und unfallchirurgische Krankheitsbilder	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	44.1 - Knie-TEP-Wechsel / Komponentenwechsel (nach SQG 17/7), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 16)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 0,21%
Vergleichswerte	Ziel: < 0,21%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Orthopädische und unfallchirurgische Krankheitsbilder	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	46.1 - Schenkelhalsfraktur (Alter > 19), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 8,4% (Zähler: 7, Nenner: 83)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 5,5%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 6,0%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Orthopädische und unfallchirurgische Krankheitsbilder	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	46.2 - Pertrochantäre Fraktur, Alter>19, Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 4,6% (Zähler: 3, Nenner: 65)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 5,3%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 5,1%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	51.31 - Zystektomie (Entfernung der Harnblase), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 0,00% (Zähler: 0, Nenner: 1)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 4,9%
Vergleichswerte	Ziel: < 4,9%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Komplexe, heterogene Krankheitsbilder (Tracer für Peer Review)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	56.1 - Beatmung > 24 Stunden (ohne Neugeborene), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 38,4% (Zähler: 38, Nenner: 99)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 33,6%
Vergleichswerte	Ziel: < 33,6%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

Leistungsbereich: Komplexe, heterogene Krankheitsbilder (Tracer für Peer Review)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	57.1 - Sepsis (als Hauptdiagnose), Anteil Todesfälle
Ergebnis	Rate: 13,4% (Zähler: 15, Nenner: 112)
Messzeitraum	2017
Datenerhebung	Routinedaten §21 KHEntgG
Rechenregeln	s. Def. Handbuch G-IQI_5.1_2017
Referenzbereiche	Bundesreferenzwert: 16,9%
Vergleichswerte	Erwartungswert: 17,8%
Quellenangaben	https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/6577 IQM-Daten sind nicht für die vergleichende Darstellung geeignet

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	
Mindestmenge	10
Erbrachte Menge	4
Ausnahmetatbestand	Kein Ausnahmetatbestand (MM05)
Kommentar	Das Klinikum Agens Karll Laatzen erfüllte 14 Jahre lang die Mindestmengen. Ab 2018 werden keine Krebseingriffe der Speiseröhre mehr angeboten.

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Mindestmenge	50
Erbrachte Menge	148

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	
Mindestmenge	10
Erbrachte Menge	12

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

Trifft nicht zu.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	63
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 1.1.1]	40
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 1.1]	37

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Qualitätsstrategie des Klinikums Region Hannover
Die medizinische Behandlungsqualität messbar zu machen und sie dann zu verbessern, ist eine große Herausforderung, der sich der sich das Klinikum Region Hannover (KRH) verpflichtet sieht und der es sich stellt. Dahinter steht die feste Überzeugung, dass dies eine unabdingbare Voraussetzung ist, um die stationäre medizinische Versorgungsqualität nachhaltig zu sichern und im Sinne der Patientinnen und Patienten zu entwickeln.

Im Berichtsjahr 2017 wurde das Qualitätsmanagementkonzept des KRH fortgesetzt. Bereits vor zwei Jahren hatte das Unternehmen die Weichen für eine strategische Neuausrichtung getroffen. Die daraus entstandenen Ergebnisse sind nun wirksam und sichtbar. Nach Außen sind besonders die Zertifizierungen für Bürger und Patienten sichtbar und werden hier beispielhaft benannt.

Das KRH Klinikum Neustadt am Rübenberge hat erstmals als Gesamthaus ein Gütesiegel von externen Gutachtern für ein nachgewiesenes Qualitätsmanagement bekommen. Dieses Zertifikat ist an den neuen und erhöhten Anforderungen der internationalen Norm ISO 9001:2015 ausgerichtet. Zugleich konnte an dem Standort in 2017 erfolgreich die Re-Zertifizierung als „Lokales Tumorzentrum“ bestätigt werden. Gerade die interprofessionelle Zentrumsstruktur kommt unseren Patientinnen und Patienten zugute. Daher werden die vielen bereits vor Jahren etablierten Zentren auf dem definierten Qualitätsniveau aufrechterhalten, was sich an den erfolgreichen Re-Zertifizierungen erkennen lässt. So sind in 2017 z.B. das Prostatakarzinomzentrum Großburgwedel und das standortübergreifende Kooperative Brustkrebszentrum (Standorte KRH Klinikum Siloah, Robert Koch Gehrden und Großburgwedel) im Gütesiegel der Deutschen Krebsgesellschaft bestätigt worden.

Auch die KRH Labor GmbH wurde durch externe Auditoren auf die Erfüllung der Normversion ISO 9001:2015 geprüft und zertifiziert, mittlerweile schon im 6. Zyklus, was für die Nachhaltigkeit des Qualitätsmanagementsystems an dieser Stelle spricht.

Das im Vorjahr in allen KRH Kliniken etablierte neue Verfahren zur Steuerung der Notfallkapazitäten in der Region Hannover hat sich bewährt und im Laufe des Jahres 2017 wurde über das Internet eine einsehbare öffentliche Version des Online-Systems IVENA bereitgestellt (IVENA – interdisziplinärer Versorgungsnachweis). Dies fördert die Transparenz innerhalb der Versorgungsstrukturen und durch einen sofortigen digitalen Überblick über Ausstattung und Auslastung der Kliniken werden Notfallpatienten gezielter den Krankenhäusern zugeführt werden.

Das Internet wird auch an einer anderen Stelle als eine Möglichkeit der gerichteten Kommunikation für Außenstehende sichtbar: Im Beschwerdemanagement des Klinikverbundes, auch Lob & Tadel genannt. Seit 2017 wird im Internet ein standardisierter digitaler Meldeweg niedrigschwellig für Lob, Anregung und Kritik angeboten (http://lobundtadel.krh.eu/). Die Meldungen gehen direkt in die Beschwerdekoordination der jeweiligen Standorte im Klinikverbund ein.

Unabhängige und eigenständige Patientenfürsprecher begleiten an allen zehn Standorten unsere Patienten und Angehörige. Primär werden Beschwerden an die Beschwerdekoordinatoren der jeweiligen Kliniken gerichtet. Bleiben für die Beteiligten Unklarheiten, Bedenken, Ängste oder ergibt es sich, dass ein Gespräch von einer unabhängigen Person begleitet werden soll, dann können die Patientenfürsprecher des Klinikums Region Hannover kompetent unterstützen.

Die medizinische Behandlungsqualität für Laien verständlich aufzubereiten stellt eine besondere Aufgabe dar. Für die Patientinnen und Patienten gibt es deshalb unter www.Krankenhausspiegel-hannover.de schon seit vielen Jahren als Service eine gut verständliche Aufbereitung einer großen Auswahl der verpflichtenden Qualitätssicherungsdaten. Hier ist das KRH einer der maßgeblichen Träger und Unterstützer.

Das Klinikum Region Hannover hatte in der Vergangenheit bei der strategischen Neuausrichtung entschieden, sich an einem umfassenderen Qualitätsprojekt freiwillig zu beteiligen, der Initiative Qualitätsmedizin (IQ^M). Im Interesse unserer Patientinnen und Patienten in der Region Hannover beinhaltet dies auch die regelmäßige Information der Öffentlichkeit über die medizinischen Qualitätsergebnisse. Im Mai 2017 wurden nun die tatsächlichen Ergebnisse (z.B. Komplikations- und Sterblichkeitsraten) erstmalig auf der Homepage der KRH Kliniken veröffentlicht. Jährlich werden die neuen Ergebnisse fortlaufend ergänzt.

Die Initiative Qualitätsmedizin geht über Klinikgrenzen hinaus. Medizinische Fachexperten, sogenannte Peers, aus anderen der rund 400 IQ^M Krankenhäusern schauen sich direkt vor Ort die Abläufe und Prozesse an und zeigen Optimierungsmöglichkeiten auf. Auch das KRH hat Chefärzte zum IQ^M Peer qualifiziert, damit diese ebenso Bewertungen in anderen Kliniken vornehmen können. Diese Form der Qualitätsmessung und -transparenz dient in erster Linie der systematischen Qualitätsverbesserung. Im Berichtsjahr 2017 wurden fünf KRH Standorte von IQ^M Peer besucht und bewertet. Daraus haben sich wiederum erneut für die Kliniken Maßnahmen ableiten lassen. Der Austausch zwischen den Fachexperten am KRH sowie innerhalb des Klinikverbundes als auch in bundesweiten Qualitätsinitiativen unterstützt uns bei der zielführenden Gestaltung einer messbaren medizinischen und pflegerischen Behandlungsqualität.

Um eine positive Qualitätskultur weiter im gesamten Unternehmen wachsen zu lassen, wurde das etablierte berufsgruppenübergreifende Qualifizierungskonzept Qualitätsmanagement (QM) im dritten Jahr fortgesetzt. Hier konnten im Berichtsjahr 47 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter diese QM-Kurse durchlaufen. Qualitätsmanagement ist Führungsaufgabe, daher wurden in 2017 auch 18 Führungskräfte hierzu geschult.

Es gibt noch weitere Bausteine, um die hohe Versorgungsqualität für alle Patientinnen und Patienten in der Region Hannover stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. Was nur Schlagworte aus dem Themenkreis der Patientensicherheit sind wie „*safety first*“ oder „Aus Fehlern lernen“ bedeutet hinter den Kulissen viel konzentriertes Arbeiten und die Verpflichtung, unerwünschte Ereignisse zukünftig zu verhindern und Risiken zu minimieren. Dabei hilft das anonymisierte Fehlermeldesystem, welches im Berichtsjahr nun im gesamten Unternehmen KRH einheitlich und durchgängig etabliert wurde (CIRS, *critical incident reporting system*). Im Gegensatz zur vorherigen Situation fließen die

Meldungen aus allen Standorten, Instituten und Zentralen Bereichen des KRH nun in eine Datenbank, so dass die Stärken dieses Systems besser genutzt werden können. Eine Klinik kann von der anderen lernen, ohne dass sie selbst dieses Ereignis erlebt haben. Zudem können systembedingte Qualitätsansätze im Verbund besser erkannt und entsprechend gehandelt werden.

In der prämierten Unternehmensbroschüre KRH CURA fanden diese Themen (Patientensicherheit, CIRS, IQ^{M}) in der Herausgabe 02/2017 ihre besondere Aufmerksamkeit – auch dieser Stelle wird somit für die Öffentlichkeit die Qualitätsoffensive des Verbundes sichtbar.

D-2 Qualitätsziele

Aus den übergreifenden Unternehmenszielen, aber insbesondere auch aus den individuellen Schwerpunkten der jeweiligen Kliniken leiten sich hochwertige Qualitätsziele in den Einrichtungen der Klinikum Region Hannover GmbH ab. Unter dem Motto „Lernen von dem Besten" werden Qualitätskennzahlen der einzelnen Krankenhäuser innerhalb der Gruppe verglichen. Übergreifende Qualitätsziele beziehen sich insbesondere auf die im Folgenden beschriebenen Themenfelder und unterliegen einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess:

1. Konsequente Patienten- und Kundenorientierung (neben den Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gehören auch Angehörige und Besucher, einweisende Ärztinnen/Ärzte und Partner weiterer Gesundheitseinrichtungen, Krankenkassen, Politiker und Medien zu den Kunden der Krankenhäuser)
2. Medizinisches Leistungsangebot entsprechend dem wissenschaftlichen Fortschritt und orientiert an nationalen und internationalen Standards
3. Perspektivisch kontinuierliche Weiterentwicklung und Maßnahmenumsetzung unter den Aspekten Ergebnisqualität und Patientensicherheit
4. Konsequente patientenzentrierte Prozessorientierung unter anderem zur Entlastung der Mitarbeiter/innen
5. Effiziente Nutzung der Ressourcen
6. Aus-, Fort- und Weiterbildung, Personalentwicklung, „Lernendes Unternehmen"
7. Externe Kooperationen und (Vertrags-)Partnerschaften mit Kostenträgern, niedergelassenen Ärzten, ambulanter und stationärer Pflege
8. Gesellschaft und Umwelt
9. Nutzen der unternehmenseigenen Expertise zum Aufbau eines Netzwerks mit spezialisierten Zentren zur Sicherstellung der wohnortnahen stationären Krankenversorgung

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Auf Konzernebene ist eine zentrale Abteilung Qualitätsmanagement eingerichtet. Die dortigen Mitarbeiter stehen den einzelnen Qualitätsmanagement-Beauftragten der

Häuser beratend zur Verfügung. Als zentrales Gremium ist ein Netzwerk Qualitätsmanagement etabliert.
Das Netzwerk dient als Forum für die Bearbeitung hausübergreifender Themen sowie für den kollegialen Informations- und Erfahrungsaustausch. Gemeinsam werden entscheidungsrelevante Belange des Qualitätsmanagements diskutiert und Vorschläge für ein konzernweites Vorgehen erarbeitet, die der Geschäftsführung zur Entscheidung vorgelegt werden.

Beauftragter des Krankenhausdirektoriums des KRH Klinikums Agnes Karll Laatzen für die Entwicklung und Einführung des Qualitätsmanagementsystems ist der Qualitätsmanagementbeauftragte. Zu seinen Aufgaben gehören:

10. Erstellung und Lenkung der Qualitätsmanagement-Systemdokumentation
11. Sicherstellung der kontinuierlichen Verbesserung
12. Optimierung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems
13. Planung von internen Audits
14. Regelmäßige Information des Krankenhausdirektoriums an die Mitarbeiter über den Stand und die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Beschwerdemanagement
Es ist ein Beschwerdemanagement für Patienten, Mitarbeiter und weitere Anspruchsgruppen eingeführt. Patienten und Angehörige haben die Möglichkeit, ihre Beschwerden über ein Softwaretool über das Internet, per Brief, speziell eingerichtete Beschwerde-Hotline telefonisch oder persönlich abzugeben. Diese werden von den Beschwerdekoordinatoren bearbeitet. Externe Nutzer des Angebotes finden die Kontaktdaten und den Zugang zum Meldeformular (http://lobundtadel.krh.eu/) für Beschwerden auf der Internetseite des Klinikum Region Hannover.
Außerdem ist ein Briefkasten für „Lob und Tadel" an zentralen Stellen eingerichtet, der zur Abgabe von Beschwerden für alle o.g. Anspruchsgruppen zur Verfügung steht.

Hygienemanagement
Ziel des Hygienemanagements ist es, hygienischen Mängeln und Infektionen entgegenzuwirken bzw. diese zu vermeiden. Im Konzern sind mehrere Hygienefachkräfte eingesetzt. Darüber hinaus sind hausinterne hygienebeauftragte Ärzte benannt. Im Pflegedienst sind in jedem Bereich Hygieneansprechpartner benannt. Als übergeordnetes Gremium zur Bearbeitung von Hygienebelangen ist eine Hygienekommission mit eigenständiger Geschäftsordnung etabliert. Die protokollierten Sitzungen finden zweimal jährlich und bei Bedarf statt. Sämtliche Regelungen hinsichtlich des Hygiene- und Infektionsmanagements finden sich im Hygieneplan, der allen Mitarbeitern über das Intranet zugänglich ist. Zusätzlich finden sich Informationen zur
Händedesinfektion als Aushang in den Häusern. Die Umsetzung und Einhaltung der als verbindlich geltenden Hygienestandards werden durch regelhafte Kontrollen (Begehungen, Abklatschuntersuchungen, Unterweisungen etc.) durch die

Hygienefachkraft evaluiert, die ggf. entsprechende Maßnahmen initiiert und nachhält. Eine Einweisung von neuen Mitarbeitern in die Hygienevorschriften erfolgt im Rahmen der strukturierten Einarbeitung. Eine laufende Unterweisung der Mitarbeiter zu Hygienemaßnahmen findet im Rahmen der durch die Fort- und Weiterbildung angebotenen Schulungen, durch Rundschreiben und ggf. Stationsbesuche statt.

Interne Audits

Das Klinikum führt regelmäßig Interne Audits durch. Diese dienen zur Überwachung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und stellen ein unabhängiges, systematisches Hilfsmittel zur Untersuchung aller qualitätsbezogenen Tätigkeiten und der damit verbundenen Ergebnisse dar.
Durch die Audits werden die Funktion und die Einhaltung der Regeln des Qualitätsmanagements regelmäßig überprüft. Gleichzeitig werden Umsetzung und Wirksamkeit der formulierten Qualitätsziele geprüft. Sie dienen außerdem dazu, vorhandene Schwachstellen sowie etwaige Defizite zu erkennen und gegebenenfalls Verbesserungen zu veranlassen und durchzuführen.

Maßnahmen zur Patienteninformation und -Aufklärung

Vor Aufnahme des Patienten wird über die Patientenadministration ein Informationspaket vorbereitet. Dieses besteht aus der Patienteninformationsbroschüre, den Flyern der jeweiligen Fachabteilungen sowie den fachabteilungsübergreifenden Informationen. In den Patientenzimmern besteht die Möglichkeit, sich einen Patienteninformationsfilm über das KRH Klinikum Lehrte anzusehen. Der Patient erhält damit vor Behandlungsbeginn alle für ihn relevanten Informationen.

Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen

Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen (M&M) werden als strukturiertes Verfahren zur Verbesserung der Behandlungsqualität eingesetzt. In den M&M werden definierte Behandlungsfälle im interdisziplinären und ggf. interprofessionellen Team vorgestellt, analysiert und mit Maßnahmen belegt. Es werden dabei gezielt (stichprobenhaft) gewählte
Einzelfälle oder auch Fallserien retrospektiv herangezogen.
Im Focus der Betrachtung stehen Behandlungsfälle mit Komplikationen oder kritischen Verläufen und (unklare, unerwartete) Sterbefälle. Ebenso können für die Konferenzvorstellung besonders gute Fälle demonstriert werden (best practice)
Ziele dieser Konferenzen sind

1. sachliche Aufbereitung mit kritischer Distanz, fachlicher Kompetenz und kollegialer Wertschätzung
2. Erkennung und Beurteilung von Schnittstellenfunktionen im Behandlungsablauf
3. Erkennung und Beurteilung von Systemkomponenten im Behandlungsablauf
4. Festlegung und Durchführung von Maßnahmen zur Beseitigung von entdeckten Störungen und
5. Nutzen der M&M Konferenz als Teil eines lernenden Systems der Verbesserung.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Regelmäßige, geplante Bewertungen des Qualitätsmanagementsystems ist eine der Aufgaben der obersten Leitung. Diese findet jährlich statt.

Zur jährlichen Managementbewertung werden u.a. folgende Eingaben genutzt:

- Überprüfung von QM Dokumenten auf Aktualität
- Rückmeldung von Patientenfragebögen
- Ableiten von Maßnahmen bei Beschwerden
- Erteilung von notwendigen Projektaufträgen
- Durchführung von internen und externen Audits und Ableiten von Maßnahmen