

## Strukturierter Qualitätsbericht 2021



### **KLINIKUM KARLSBURG**

Ein Haus der KLINIKGRUPPE DR. GUTH GMBH & CO. KG

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung.....</b>	<b>3</b>
<b>A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts.....</b>	<b>5</b>
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	5
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers .....	6
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	7
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	7
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	7
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	10
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit .....	11
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	14
A-9 Anzahl der Betten .....	15
A-10 Gesamtfallzahlen.....	15
A-11 Personal des Krankenhauses.....	16
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	26
A-13 Besondere apparative Ausstattung.....	40
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V .....	42
<b>B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen.....</b>	<b>43</b>
B-1 Klinik für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten.....	43
B-2 Klinik für Kardiologie und Elektrotherapie .....	54
B-3 Klinik für Herz-, Thorax-Gefäßchirurgie und Anästhesie und Intensivmedizin.....	65
<b>C Qualitätssicherung .....</b>	<b>77</b>
C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	77
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	77
C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung .....	79
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	136
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	136
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 136	
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	136
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	137
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	137
C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....	137

## Einleitung



Das KLINIKUM KARLSBURG ist eine hochmoderne interdisziplinäre Schwerpunktambulanz für die Diagnostik und Therapie aller vaskulären Erkrankungen, Erkrankungen des Herzmuskels und der Herzklappen sowie sämtlicher Formen des Diabetes mellitus und seiner Komplikationen. Heute ist das Herzzentrum Karlsburg das größte in Mecklenburg-Vorpommern.

### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Mitarbeiter Qualitätsmanagement
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dipl.-Kaufmann Thomas Jäger
<b>Telefon</b>	038355/70-1410
<b>Fax</b>	038355/70-1559
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:jager.t@dr Guth.de">jager.t@dr Guth.de</a>

### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Geschäftsführer
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Prof. Dr. med. Wolfgang Motz
<b>Telefon</b>	038355/70-1283
<b>Fax</b>	038355/70-1655
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:prof.motz@dr Guth.de">prof.motz@dr Guth.de</a>

### Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses:

[Hier klicken](#)

Link zu weiterführenden Informationen:

[Hier klicken](#)

**Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,**

wir freuen uns Ihnen den Strukturierten Qualitätsbericht zum Berichtsjahr 2021 des KLINIKUM KARLSBURGs der Klinikgruppe Dr. Guth vorlegen zu können.

Gemäß § 137 SGB V sind Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, jährlich einen Strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen. Dieser wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung und dem Krankenhaus selbst im Internet veröffentlicht und gibt einen Überblick über die Strukturen, Leistungen und Qualität des KLINIKUM KARLSBURGs.

Das KLINIKUM KARLSBURG ist eine hochmoderne interdisziplinäre Schwerpunktlinik für die Diagnostik und Therapie aller vaskulären Erkrankungen, Erkrankungen des Herzmuskels und der Herzklappen sowie sämtlicher Formen des Diabetes mellitus und seiner Komplikationen. Heute ist das Herzzentrum Karlsburg das größte in Mecklenburg-Vorpommern.

Zukunftsfähige Behandlungskonzepte, geprägt durch die Kombination interventioneller und chirurgischer Maßnahmen, verbunden mit einer exzellenten Bildgebung und individualisierter Anästhesie sind die Grundlage dafür, dass bei der Behandlung der immer älter werdenden Patienten hervorragende Resultate erzielt werden können.

Wir im KLINIKUM KARLSBURG stellen die enge Zusammenarbeit der Fachabteilungen in den Vordergrund und suchen ein auf den Patienten zugeschnittenes, individuelles Therapieverfahren.

In Karlsburg sind dafür optimale Voraussetzungen gegeben. Im ultramodernen Hybrid-Operationssaal werden vorwiegend Herzklappen- und endovaskuläre Aortenstents implantiert. In den Herzkatheterlaboren sorgen Large Displays für eine optimale Bildgebung. Um Kontrastmittel zu sparen und die Nieren zu schonen, werden alle Koronarinterventionen auf modernen biplanen Siemens-Anlagen durchgeführt.

Neben einer engen fachübergreifenden Zusammenarbeit aus erfahrenen Spezialisten und moderner Technik zählt im KLINIKUM KARLSBURG auch die menschliche Zuwendung zu einem wesentlichen Bestandteil einer guten Behandlung.

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

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

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
<b>Krankenhausname</b>	KLINIKUM KARLSBURG der Klinikgruppe Dr. Guth GmbH & Co. KG
<b>Hausanschrift</b>	Greifswalder Straße 11 17495 Karlsburg
<b>Zentrales Telefon</b>	038355/70-0
<b>Fax</b>	038355/70-1559
<b>Postanschrift</b>	Greifswalder Straße 11 17495 Karlsburg
<b>Institutionskennzeichen</b>	261300551
<b>Standortnummer aus dem Standortregister</b>	771446000
<b>Standortnummer (alt)</b>	00
<b>URL</b>	<a href="#">Hier klicken</a>

Weitere relevante IK-Nummern	
<b>Institutionskennzeichen:</b>	261300551

### Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
<b>Funktion</b>	Ärztlicher Direktor
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Prof. Dr. med. Wolfgang Motz
<b>Telefon</b>	038355/70-1283
<b>Fax</b>	038355/70-1655
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:prof.motz@drguth.de">prof.motz@drguth.de</a>

## Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
<b>Funktion</b>	Pflegedienstleitung
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dipl.-Pflegerin (FH) Andrea Hinniger
<b>Telefon</b>	038355/70-2240
<b>Fax</b>	038355/70-1559
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:hinniger@dr Guth.de">hinniger@dr Guth.de</a>

## Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
<b>Funktion</b>	Verwaltungsleitung
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Iris Brinkmann
<b>Telefon</b>	038355/70-1416
<b>Fax</b>	038355/70-1559
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:brinkmann@dr Guth.de">brinkmann@dr Guth.de</a>

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

Vorstand: [Hier klicken](#)

Verwaltung: [Hier klicken](#)

Pflegedienst: [Hier klicken](#)

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
<b>Name</b>	Klinikgruppe Dr. Guth GmbH & Co. KG
<b>Art</b>	Privat



Das Klinikum liegt eingebettet in eine Parklandschaft.

### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart	
Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Universitätsmedizin Greifswald

### A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Trifft nicht zu.

### A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses



Die Diagnose Diabetes mellitus ist besonders für junge Patienten und ihre Eltern ein einschneidendes Erlebnis. Im KLINIKUM KARLSBURG widmen sich Ärztinnen und Ärzte sowie ein speziell ausgebildetes Pflegepersonal seit Jahrzehnten zuckerkranken Kindern und Jugendlichen mit einem speziellen Beratungsangebot.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Beratungsleistungen für Patienten und deren Angehörige zu den Themen: Ernährung, Raucherentwöhnung und psychosoziale Aspekte zählen zu unserem Versorgungskonzept.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Die Prä- und postoperative Atemgymnastik ist ein Teilbereich unserer physiotherapeutischen Patientenbetreuung.
MP06	Basale Stimulation	
MP08	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	Der Sozialdienst unterstützt Patienten beim Zugang zu Maßnahmen der medizinischen Nachsorge und Rehabilitation. Weiterhin kann bei Bedarf eine Beratung zur beruflichen Rehabilitation in Anspruch genommen werden.
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Trauerbegleitung durch Hausgeistliche.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Das spezielle Therapiekonzept wird vor allem bei ITS-Patienten mit Einschränkungen der Motorik, der Wahrnehmung und des Gleichgewichts angewendet.
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Seit über 60 Jahren findet im KLINIKUM KARLSBURG eine Behandlung von Diabetikern statt.
MP15	Entlassmanagement / Brückenpflege / Überleitungspflege	Der Pflegestandard Entlassmanagement ist in unserem Haus fest implementiert. Ein Arztbrief wird am Entlassungstag ausgehändigt.
MP17	Fallmanagement / Case Management / Primary Nursing / Bezugspflege	Die Umsetzung einer bedarfsgerechten und fallbezogenen Hilfeleistung wird durch den Sozialdienst und die Bereichspflege sichergestellt.
MP18	Fußreflexzonenmassage	Bestandteil der Physikalischen Therapie.
MP21	Kinästhetik	Speziell ausgebildete Fachkräfte vor Ort.
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Bestandteil der Physikalischen Therapie.
MP25	Massage	Beispielsweise werden klassische Massagen, Bindegewebsmassagen oder Colonmassagen durch die physikalische Therapie durchgeführt.
MP26	Medizinische Fußpflege	Eine Podologin steht zur Verfügung.
MP29	Osteopathie / Chiropraktik / Manualtherapie	Bestandteil der Physikalischen Therapie.
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	Das KLINIKUM KARLSBURG beschäftigt eigene Erzieher.
MP31	Physikalische Therapie / Bädertherapie	z.B. Vierzellenbad, Stangerbad, Elektrotherapie.
MP32	Physiotherapie / Krankengymnastik als Einzel- und / oder Gruppentherapie	z.B. Schultergymnastik, Fußgymnastik, Beckenbodengymnastik, Atem-, Stoffwechsellgymnastik.
MP33	Präventive Leistungsangebote / Präventionskurse	Nichtraucherurse für Patienten und Angehörige werden angeboten.
MP34	Psychologisches / psychotherapeutisches Leistungsangebot / Psychosozialdienst	Ein Psychologe steht unterstützend im Haus bereit.
MP35	Rückenschule / Haltungsschulung / Wirbelsäulengymnastik	Bestandteil der Physikalischen Therapie.
MP37	Schmerztherapie /-management	Der Expertenstand "Schmerzmanagement" ist in unserem Haus etabliert.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP63	Sozialdienst	Unterstützung bei der Beantragung einer Schwerbehinderung, von Pflegestufen, Kurzzeitpflege oder Heimeinweisungen. Weiterhin werden regelmäßig Gruppenschulungen zum Thema: "Soziales" angeboten.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Jährliche Informationstage für Patienten und Angehörige. Zusammenarbeit mit der Deutschen Herzstiftung bei Patientenveranstaltungen. Ausführliche Informationen über diagnostische und therapeutische Verfahren auf der Homepage: <a href="#">Hier klicken</a> .
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Insbesondere umfangreiche Diabetesschulungen.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Seit über 60 Jahren findet im KLINIKUM KARLSBURG eine Behandlung von Diabetikern mit einem breiten spezialisierten Angebot statt.
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	z. B. Übernachtungsmöglichkeiten, Elternschulungen
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Bestandteil der Physikalischen Therapie.
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Große Erfahrung bei der Versorgung des diabetischen Fußsyndroms.
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Bestandteil der Physikalischen Therapie.
MP51	Wundmanagement	Große Erfahrung bei der Versorgung des diabetischen Fußsyndroms / Behandlung durch ausgebildete Wundexperten. V.A.C.-Spezialist Level I + II. Kooperation Leibniz-Institut für Plasmaforschung und-technologie (INP).
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege	Im Rahmen des standardisierten Entlassmanagements werden anschließende Versorgungsmöglichkeiten organisiert.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Eine enge Zusammenarbeit besteht in den Bereichen Diabetes und Bluthochdruck.

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses



Helle und gemütliche Aufenthaltsräume stehen für unsere Patienten zur Verfügung.

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM68	Abschiedsraum	<a href="#">Hier klicken</a>	
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	<a href="#">Hier klicken</a>	Besondere Essenswünsche (z.B. vegetarisch, ohne Schweinefleisch) können in Absprache mit der Küche umgesetzt werden.
NM02	Ein-Bett-Zimmer	<a href="#">Hier klicken</a>	32 Zimmer stehen zur Verfügung.
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	<a href="#">Hier klicken</a>	32 Zimmer stehen zur Verfügung.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	<a href="#">Hier klicken</a>	Informationstage für Patienten (z. B. Rauchstopp- u. Reanimationskurse), wenn dies die pandemische Lage zulässt. Weitere Informationen finden Patienten auf der Homepage oder Facebook.
NM50	Kinderbetreuung	<a href="#">Hier klicken</a>	Im Diabeteszentrum für Kinder und Jugendliche bieten wir ein interessantes Freizeitprogramm bei stationärer Behandlung.
NM05	Mutter-Kind-Zimmer	<a href="#">Hier klicken</a>	Verfügbar in der Klinik für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten.
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	<a href="#">Hier klicken</a>	Es gibt begrenzte Kapazitäten zur Unterbringung einer Begleitperson. Die Verpflegung einer Begleitperson ist ebenfalls möglich.

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	<a href="#">Hier klicken</a>	Wir arbeiten eng zusammen mit der Deutschen Hockdruckliga (Selbsthilfegruppe vom Klinikum Karlsburg unterstützt). Weiterhin beteiligen wir uns an der Telefonsprechstunde der Deutschen Herzstiftung (Tel. 069 955128-200).
NM10	Zwei-Bett-Zimmer	<a href="#">Hier klicken</a>	99 Zimmer stehen zur Verfügung.
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	<a href="#">Hier klicken</a>	99 Zimmer stehen zur Verfügung.
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		

Im modernen Kompetenzzentrum für Kinder-Diabetes werden Eltern gemeinsam mit ihren Kindern beraten und betreut. In freundlicher und angenehmer Atmosphäre lernen sie, aktiv mit der Krankheit umzugehen.



## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
<b>Funktion</b>	Sozialdienst
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Swetlana Ihl
<b>Telefon</b>	038355/70-1259
<b>Fax</b>	038355/70-1270
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:Ihl.S@drguth.de">Ihl.S@drguth.de</a>

**A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit**

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Rollstuhlauffahrt (barrierefreie Zufahrt) und Aufzüge in Klinik vorhanden.
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	z.B. Patientenzimmer, Patientenbäder
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Im KLINIKUM KARLSBURG besteht die Möglichkeit der Kommunikation in folgenden Fremdsprachen: Englisch, Spanisch, Polnisch, Russisch, Arabisch.
BF24	Diätische Angebote	In enger Zusammenarbeit mit den Diätassistenten sowie der hauseigenen Küche erstellen wir individuelle diätetische Angebote.
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Übergroße Betten stehen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder Größe zur Verfügung.
BF21	Hilfsmittel zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	z.B. Lifter
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	z.B. Rollboard, Aufstehhilfe, weitere Hilfsmittel werden bei Bedarf besorgt
BF39	Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite des Krankenhauses	<a href="#">Hier klicken</a>
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Unsere OP-Einrichtungen sind für Menschen mit Übergewicht bis 150 kg ausgerichtet.
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	Die Aufzüge sind vom Rollstuhl aus bequem zu bedienen.
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	Für Besucher unserer Klinik stehen rollstuhlgerechte Toiletten zur Verfügung.
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	Die Serviceeinrichtungen sind mit dem Rollstuhl gut zu erreichen.
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Die Herzkatheteranlage ist bis zu einem Körpergewicht von 240 kg geeignet.

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	Eine gut lesbare und große Schrift hilft den Patienten sich in der Klinik zurecht zu finden.
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	Der Neubau verfügt über rollstuhlgerechte Bäder und Toiletten.



Großzügige und rollstuhlgerechte Zugangsmöglichkeiten.



Badezimmer mit rollstuhlgerechter Einrichtung.

## 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)	Famulaturen und PJ für Medizinstudenten in den Fächern Allgemeinmedizin, Kardiologie, Diabetologie, Herz- und Gefäßchirurgie sowie Anästhesiologie und spezielle anästhesiologische Intensivmedizin.
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Dozentur Herzchirurgie: PD Dr. med. Kaminski Dozentur Humanmedizin im Querschnittsbereich Notfallmedizin, Prüfer im Bereich Notfallmedizin/Anästhesie: PD Dr. med. Paarmann Außerplanmäßige Professur für Anästhesiologie: Prof. Dr. med. Heringlake
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	z. B. Betreuung von wissenschaftlichen Projekten
FL09	Doktorandenbetreuung	
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	In Gemeinsamkeit mit dem Diabeteskompetenzzentrum (KDK)

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	Das KLINIKUM KARLSBURG bildet jährlich Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen aus.
HB05	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	Das KLINIKUM KARLSBURG bildet Medizinisch-technische-Radiologieassistenten /-innen aus.
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	Durch die Bereitstellung von Praktikumsplätzen unterstützt das KLINIKUM KARLSBURG die Ausbildung zur Krankenpflegehelferin / zum Krankenpflegehelfer.

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB16	Diätassistentin und Diätassistent	Das KLINIKUM KARLSBURG unterstützt, durch die Bereitstellung von Praktikumsplätzen, die Ausbildung zur Diätassistentin / zum Diätassistenten.
HB11	Podologin und Podologe	Das KLINIKUM KARLSBURG unterstützt, durch die Bereitstellung von Praktikumsplätzen, die Ausbildung zur Podologin / zum Podologen.
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	Das KLINIKUM KARLSBURG unterstützt, durch die Bereitstellung von Praktikumsplätzen, die Ausbildung zur Physiotherapeutin / zum Physiotherapeut.
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Das KLINIKUM KARLSBURG bildet jährlich Pflegefachfrauen und -männer aus.
HB13	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)	Das KLINIKUM KARLSBURG unterstützt durch die Bereitstellung von Praktikumsplätzen.
HB18	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)	Das KLINIKUM KARLSBURG unterstützt durch die Bereitstellung von Praktikumsplätzen.

**A-9 Anzahl der Betten**

Betten	
<b>Betten</b>	236

**A-10 Gesamtfallzahlen**

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	6.939
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0
<b>Ambulante Fallzahl</b>	764
<b>Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung</b>	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte, die nach dem Studium als Berufsanfänger im Stationsdienst ihre ersten klinische Schritte gehen, als auch solche, die sich bereits fortgeschritten in der Weiterbildung befinden und kardiologische Herausforderungen suchen, finden im KLINIKUM KARLSBURG alle Möglichkeiten und Optionen der Aus-, Fort- und Weiterbildung.



Ärztliche Fallbesprechung

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

### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 74,14

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	74,14
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	74,14
Nicht Direkt	0

### **Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 37,07

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	37,07
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	37,07
Nicht Direkt	0

### Davon Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	Zahnarzt
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	Zahnarzt
Nicht Direkt	0	

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0
Nicht Direkt	0

**Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 0

**A-11.2 Pflegepersonal**

Um dem Fachkräftemangel zu begegnen, sind wir Partner einer Krankenpflegeschule (Pase-walk). Des Weiteren organisieren wir zwei Kurse zur Fachweiterbildung für Intensivpflege und Anästhesie. Damit gestalten wir aktiv unsere Personalentwicklung.



Die pflegerische Versorgung orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 151,52

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	151,52
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	151,52
Nicht Direkt	0

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 3,41

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	3,41
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	3,41
Nicht Direkt	0

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 8,8

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	8,8
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	8,8
Nicht Direkt	0

**Pflegfachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.**

Ausbildungsdauer: 7-8 Semester

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1
Nicht Direkt	0

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 7,18

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	7,18
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	7,18
Nicht Direkt	0

**Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 2,74

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	2,74
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	2,74
Nicht Direkt	0

**Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 1,88

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,88
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,88
Nicht Direkt	0

**A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Trifft nicht zu.

**A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal**



Im KLINIKUM KARLSBURG stehen Ihnen Physiotherapeuten und Sportpädagogen zur Verfügung.

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

Anzahl Vollkräfte: 1,5

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,5
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,5
Nicht Direkt	0

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

Anzahl Vollkräfte: 9,23

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	9,23
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	9,23
Nicht Direkt	0

**SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut**

Anzahl Vollkräfte: 4

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	4
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	4
Nicht Direkt	0



Patienten bei der physiotherapeutischen Behandlung.

**SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter**

Anzahl Vollkräfte: 4

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	4
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	4
Nicht Direkt	0

**SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister**

Anzahl Vollkräfte: 2

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	2
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	2
Nicht Direkt	0

**SP04 - Diätassistentin und Diätassistent**

Anzahl Vollkräfte: 3

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	3
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	3
Nicht Direkt	0

**SP06 - Erzieherin und Erzieher**

Anzahl Vollkräfte: 0,25

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,25
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,25
Nicht Direkt	0

**SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater**

Anzahl Vollkräfte: 2

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	2
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	2
Nicht Direkt	0

**SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta**

Anzahl Vollkräfte: 1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1
Nicht Direkt	0

**SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie**

Anzahl Vollkräfte: 3

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	3
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	3
Nicht Direkt	0

**SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement**

Anzahl Vollkräfte: 9,6

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	9,6
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	9,6
Nicht Direkt	0

**SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe**

Anzahl Vollkräfte: 1,88

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,88
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,88
Nicht Direkt	0

**SP62 - Gesundheitspädagogin und -pädagoge**

Anzahl Vollkräfte: 1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1
Nicht Direkt	0

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

**A-12.1 Qualitätsmanagement**

**A-12.1.1 Verantwortliche Person**

Durch unser internes Qualitätsmanagement werden alle Prozesse der Klinik regelmäßig überprüft und bewertet, um die hohen medizinischen und pflegerischen Standards zu sichern.

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	
<b>Funktion</b>	Mitarbeiter Qualitätsmanagement
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dipl.-Kaufmann Thomas Jager
<b>Telefon</b>	038355/70-1410
<b>Fax</b>	038355/70-1559
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:jager.t@drguth.de">jager.t@drguth.de</a>

Weitere Informationen bekommen Sie hier: [Hier klicken](#)

**A-12.1.2 Lenkungsgremium**

Die Qualitätsmanagementlenkungsgruppe kommt 4-6 mal jährlich und bei Bedarf zusammen, um qualitätsrelevante Themen zu besprechen und ggf. Maßnahmen einzuleiten.

Lenkungsgremium	
<b>Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche</b>	Verwaltungsleitung, Pflegedienstleitung, Ärztliche Leitung, Qualitätsmanagement, Betriebsrat, Hygienefachkraft, bei Bedarf: weitere Gäste
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	andere Frequenz

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Das Risikomanagement ist Bestandteil des Qualitätsmanagements. Das Risikomanagement verfolgt das Ziel, Risiken und Fehler zu erkennen, bevor sie entstehen, um damit die Patientensicherheit zu erhöhen.

#### Angaben zur Person

**Angaben zur Person** Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

#### Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement

**Funktion** Mitarbeiter Qualitätsmanagement

**Titel, Vorname, Name** Dipl.-Kaufmann Thomas Jager

**Telefon** 038355/70-1410

**Fax** 038355/70-1559

**E-Mail** [jager.t@drguth.de](mailto:jager.t@drguth.de)

### A-12.2.2 Lenkungsgruppe

In der Lenkungsgruppe werden regelmäßig risikorelevante Themen auf höchster Ebene besprochen.

#### Lenkungsgruppe / Steuerungsgruppe

**Lenkungsgruppe / Steuerungsgruppe** Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

**Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche** Verwaltungsleitung, Pflegedienstleitung, Ärztliche Leitung, Qualitätsmanagement, Betriebsrat, Hygienefachkraft, bei Bedarf: weitere Gäste

**Tagungsfrequenz des Gremiums** andere Frequenz

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen



Es finden regelmäßige Fallbesprechungen statt.



Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in regelmäßigen Reanimationsschulungen geschult.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: KO Risiko- und Fehlermanagement (28.08.2020), PB Besondere Vorkommnisse und CIRS Datum: 17.02.2022	
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Schulungen finden hausintern sowie extern statt.
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Mitarbeiterbefragungen werden regelmäßig durchgeführt und systematisch ausgewertet.
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: KO Risiko- und Fehlermanagement (28.08.2020), PB Besondere Vorkommnisse und CIRS Datum: 17.02.2022	Regelmäßige Reanimations-schulungen (Pflichtfortbildungen).
RM05	Schmerzmanagement	Name: PS Schmerzmanagement Datum: 10.10.2022	Der Expertenstandard Schmerzmanagement wird umgesetzt.
RM06	Sturzprophylaxe	Name: PS Sturzprophylaxe Datum: 31.03.2020	Jeder Patient mit einem erhöhten Sturzrisiko erhält eine Sturzprophylaxe, die Stürze verhindert oder Sturzfolgen mindert. Eine Risikoeinschätzung erfolgt anhand verschiedener Sturzrisikofaktoren.
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Einschätzung des Dekubitusrisikos Datum: 24.06.2020	Die Risikoeinschätzung erfolgt bei Aufnahme bei jedem Patienten und ist fester Bestandteil der Patientendokumentation.
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: PB Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Datum: 13.10.2020	Mit der Prozessbeschreibung soll erreicht werden, dass Patienten vor Selbstgefährdung geschützt sind, eine Fremdgefährdung durch Patienten verhindert wird und dass das Personal rechtssicher handelt. Freiheitsentziehende Maßnahmen werden nur nach schriftlicher ärztlicher Anordnung durchgeführt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: DA Anwender von aktiven Medizinprodukten (12.10.2022); PB Besondere Vorkommnisse und CIRS Datum: 17.02.2022	Fehlerhafte oder schadhafte Geräte werden unverzüglich stillgelegt und die Medizintechnik informiert, um die erforderlichen Schritte einzuleiten.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Qualitätszirkel - Heartteam	Herzkatheter-, OP- sowie Herzklappenkonferenzen finden tägl. vor und nach Eingriffen statt. Herzchirurgen, Kardiologen und Anästhesisten arbeiten i.S.e. Heartteams eng zusammen. Bei TAVI-Implantationen stehen immer ein Herzchirurg und ein Kardiologe gemeinsam am Tisch. Regelmäßige M&M Konferenzen.
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Für die OP-Aufklärung werden standardisierte Aufklärungsbögen verwendet.
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		Standardisierte OP-Checklisten werden eingesetzt, um die Patientensicherheit zu erhöhen.
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: KO Risiko- und Fehlermanagement (28.08.2020), PB Besondere Vorkommnisse und CIRS Datum: 17.02.2022	Bestellung von Notfallblut.
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: KO Risiko- und Fehlermanagement (28.08.2020), PB Besondere Vorkommnisse und CIRS Datum: 17.02.2022	Morgenrunde zur OP-Besprechung.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
M16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: KO Risiko- und Fehlermanagement (28.08.2020), PB Besondere Vorkommnisse und CIRS Datum: 17.02.2022	Anhand einer Checkliste wird sichergestellt, dass der richtige Patient operiert wird, die richtige geplante OP durchgeführt und die richtige Seite operiert wird. Zusätzlich erhalten alle Patienten ein Patientenidentifikationsarmband.
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: PS Postoperative Versorgung / Aufwachphase Datum: 12.10.2021	Eine engmaschige Überwachung wird in der Aufwachphase und postoperativen Versorgung sichergestellt.
RM18	Entlassungsmanagement	Name: PB Entlassungsmanagement Datum: 19.10.2022	Bereits bei der stationären Aufnahme wird standardisiert erhoben, ob der Patient einen besonderen Unterstützungsbedarf bei der Entlassung hat. In enger Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst wird der Übergang in weiterführende Versorgungseinrichtungen organisiert.

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wir nutzen ein systematisches Fehlermanagement und gehen offen mit Fehlern um.

Internes Fehlermeldesystem	
<b>Internes Fehlermeldesystem</b>	Ja
<b>Regelmäßige Bewertung</b>	Ja
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	bei Bedarf
<b>Verbesserung Patientensicherheit</b>	Etablierung eines Corona-Schutzkonzeptes inkl. Screening-Fragebogen Einführung eines neuen Patientenidentifikationsarmbandes im Rahmen der Corona-Pandemie

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	"bei Bedarf"
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	17.02.2022
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und 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 Fehlermelde-  
system**      Nein

**A-12.3      Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte**

**A-12.3.1      Hygienepersonal**

Wir haben ein systematisches Hygienemanagement eingerichtet und arbeiten mit verbindlichen Hygienestandards.

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1	PD OA Dr. med. Warnke
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	2	OÄ Dr. med. Christiane Allwardt OA MUDr. med. Tomas Valášek
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	2	Claudia Keßler Karsten Eggebrecht Reik Gülzow (i.A.)
Hygienebeauftragte in der Pflege	26	Hygienebeauftragte in der Pflege halten wir in allen Bereichen vor. Im Herzkatheterlabor sowie auf der Intensivstation gibt es aufgrund der Größe 2-3 Ansprechpartner.

**Hygienekommission**

**Hygienekommission eingerichtet**      Ja

**Tagungsfrequenz des Gremiums**      halbjährlich

**Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission**

<b>Funktion</b>	Ärztlicher Direktor
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Prof. Dr. med. Wolfgang Motz
<b>Telefon</b>	038355/70-1283
<b>Fax</b>	038355/70-1559
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:prof.motz@drguth.de">prof.motz@drguth.de</a>



Unser Personal erhält regelmäßige Hygieneschulungen.

**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 Kathetereinstichstelle	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/Hygienekom. autorisiert	Ja

**2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern**

Der Standard liegt vor	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. 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-/Hygienekom. 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-/Hygienekom. 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
d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauf- lage	Ja
e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundin- fektion	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. auto- risiert	Ja

A-12.3.2.4 *Händedesinfektion*

<b>Händedesinfektionsmittelverbrauch</b>	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	32,00 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	95,00 ml/Patiententag
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Ja

A-12.3.2.5 *Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)*

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

<b>Risikoadaptiertes Aufnahmescreening</b>	
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Ja

<b>Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang</b>	
Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja

A-12.3.2.6 *Hygienebezogenes Risikomanagement*

<b>Nr.</b>	<b>Instrument und Maßnahme</b>	<b>Zusatzangaben</b>	<b>Kommentar</b>
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS MRSA-KISS OP-KISS	Die regelmäßige Analyse und Auswertung erfolgt durch eine zertifizierte Hygienefachkraft.
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Jährlich finden mehrmals Pflichtfortbildungen zu hygienerelevanten Themen für alle Mitarbeiter statt.
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: RosIMP (Rostocker Initiative Multiresistente und Problemerreger)	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Jährliche Überprüfung der Medizinprodukte (z.B. Endoskope) durch das LA-GuS.

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Die Rückmeldungen der Patienten sind uns wichtig. Deshalb haben wir verschiedene Rückmeldemöglichkeiten etabliert, wie ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement oder regelmäßige Patientenbefragungen.

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Jede Beschwerde wird in den jeweiligen Abteilungen besprochen und ein Handlungsbedarf überprüft. Wenn gewünscht, erfolgt in jedem Fall eine schriftliche Beantwortung mit einer Beschreibung der eingeleiteten Maßnahmen.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Eine Prozessbeschreibung regelt die Abläufe und Vorgehensweise des Lob- und Beschwerdemanagements.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Mündliche Beschwerden werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf einem Formular erfasst und an das Beschwerdemanagement zur weiteren Bearbeitung weitergeleitet.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Schriftliche Beschwerden können durch behandelnde Personen oder Angehörige anonym über den Patientenbriefkasten abgegeben werden.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	Ein endgültiger Antwortbrief wird spätestens nach 3 Wochen an die Beschwerdeführerin bzw. den Beschwerdeführer versendet.

### Regelmäßige Einweiserbefragungen

**Durchgeführt** Nein

### Regelmäßige Patientenbefragungen

**Durchgeführt** Ja

**Link** [Hier klicken](#)

**Kommentar** Patientenbefragungen werden regelmäßig und standardisiert durchgeführt sowie systematisch ausgewertet.

### Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

<b>Möglich</b>	Ja
<b>Link</b>	<a href="#">Hier klicken</a>
<b>Kommentar</b>	Beschwerden können digital über die Homepage oder anonym mit ausliegenden Papierformularen über die Briefkästen auf den Stationen erfolgen.

### Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

#### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

<b>Funktion</b>	Qualitätsmanagement
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dipl.-Kaufmann Thomas Jäger
<b>Telefon</b>	038355/70-1410
<b>Fax</b>	038355/70-1559
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:jager.t@drguth.de">jager.t@drguth.de</a>

#### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

<b>Funktion</b>	Pflegedienstleitung
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dipl.-Pflegerin (FH) Andrea Hinniger
<b>Telefon</b>	038355/70-2240
<b>Fax</b>	038355/70-1559
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:hinniger@drguth.de">hinniger@drguth.de</a>

### Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

<b>Link zum Bericht</b>	<a href="#">Hier klicken</a>
<b>Kommentar</b>	Durch das Beschwerdemanagement möchten wir erreichen, dass die Anliegen der Patientinnen und Patienten ernst genommen werden und trotz Beschwerde zufrieden gestellt werden können. Lob und Beschwerden werden systematisch ausgewertet und die Ergebnisse genutzt um Verbesserungspotentiale aufzudecken.



Anregungen und Kritik nehmen unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerne entgegen.

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

#### Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht? Ja - Arzneimittelkommission

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

**Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja**

#### Angaben zur Person

**Angaben zur Person** Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit

#### Verantwortliche Person AMTS

<b>Funktion</b>	Chefarzt Diabetologie und Stoffwechselkrankheiten
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dr. med. Jörg Reindel
<b>Telefon</b>	038355/70-1382
<b>Fax</b>	038355/70-1582
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:reindel@dr Guth.de">reindel@dr Guth.de</a>

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	2
Weiteres pharmazeutisches Personal	1

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

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

##### **Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese:**

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

##### **Medikationsprozess im Krankenhaus:**

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:

##### **Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.**

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

##### **Entlassung:**

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

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		Über den Informationsdienst der Apotheke werden alle patientennahen Mitarbeiter des KLINIKUMS KARLSBURG regelmäßig über wesentliche Neuerungen, Veränderungen oder Risiken im Zusammenhang mit Arzneimitteln unterrichtet.
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Name: Erfassung über das hauseigene KIS. Letzte Aktualisierung: 30.06.2021	
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Name: AA Umgang mit Arzneimitteln Letzte Aktualisierung: 07.07.2021	
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen	
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	- Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)	
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten	

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	Artis zee floor
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	Definition AS
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	Hämofiltrationssystem Multi Filtrate, Dialysegerät 4008 S, Peritonealdialyse Sleep Safe

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	Ja	Neuro-Monitoringsystem ISIS IOM System
AA10	Elektroenzephalographiergerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein	
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	HF-Chirurgiegerät VIO 300 D HF-Chirurgiegerät VIO 300 D
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung		Ja	ECMO/ECLA, HLM S5
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Ablationsgenerator Ampere, RF Generator WW, Kryokonsole 106E2
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja	Artis zee Biplane mit Messplatz Axiom Sensis
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	Ja	Hybrid-OP Artis zeego
AA72	3D-Laparoskopie-System	Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation	-	

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

**A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe**

**Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses**

Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung Ja (siehe A-14.3)

**A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung**

**Tatbestand, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt**

Besondere Einrichtung gemäß § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG, sofern sie im Landeskrankenhausplan als besondere Einrichtungen in der Notfallversorgung ausgewiesen sind und zu jeder Zeit an der Notfallversorgung teilnehmen

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

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde? Nein

Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden? Nein

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

### B-1 Klinik für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten

#### B-1.1 Allgemeine Angaben Klinik für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten

Die Klinik für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten ist die älteste Diabetesambulanz in Deutschland. Ziel ist es, die Lebensqualität der Diabetiker spürbar zu verbessern und den für Diabetes typischen Komplikationen vorzubeugen. Als zunehmende Behandlungsschwerpunkte haben sich in den vergangenen Jahren die Herz- und Gefäßerkrankungen bei Diabetikern entwickelt. Die Diabetologie arbeitet daher eng mit der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie sowie Kardiologie zusammen.



Diabetes-Innovationszentrum.

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Klinik für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	0153
<b>Art</b>	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

<b>Funktion</b>	Chefarzt Diabetologie und Stoffwechselkrankheiten
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dr. med. Jörg Reindel
<b>Telefon</b>	038355/70-1397
<b>Fax</b>	038355/70-1582
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:reindel@drguth.de">reindel@drguth.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Greifswalder Straße 11
<b>PLZ/Ort</b>	17495 Karlsburg
<b>Homepage</b>	<a href="#">Hier klicken</a>

## B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

### Angaben zu Zielvereinbarungen

**Zielvereinbarung gemäß DKG** Keine Vereinbarung geschlossen

## B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten

Das KLINIKUM KARLSBURG hat seit vielen Jahren die Anerkennung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) als Behandlungseinrichtung für:

- Typ 1 Diabetes
- Typ 2 Diabetes
- Diabetes bei Kindern und Jugendlichen

Die Klinik für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten ist spezialisiert auf komplexe Probleme, insbesondere Spätfolgen an: Augen, Niere, Herz, Gefäßen und Zähnen.

Darüber hinaus ist das Klinikum Karlsburg als ambulante und stationäre Fußbehandlungseinrichtung für Diabetiker von der Deutschen Diabetes-Gesellschaft zertifiziert.

Die Klinik bietet Ihren Patienten neben Basisschulungen zum Umgang mit Insulin unterschiedliche Schulungen wie z.B. Intensivierte Insulintherapie (ICT), Insulinpumpenschulung (CSII), Unterzuckerwahrnehmungstraining (BGAT/Hypos).

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten	Kommentar
VI00	Diagnostik und Therapie des diabetischen Fußsyndroms	Zertifiziertes Diabeteszentrum nach DDG.
VI00	Diagnostik und Therapie von diabetischen Augenkrankheiten	Augenarzt ist vorhanden.
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	Dialyse, alle Verfahren.
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Insbesondere Diabetes mellitus bei Erwachsenen.
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)	Insbesondere Diabetes bei Kindern und Jugendlichen.
VI00	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Herzens	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Herzens speziell bei diabetischen Patienten.
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI39	Physikalische Therapie	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	In Zusammenarbeit mit der Kardiologie.
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	Spezifische Bluthochdruckbehandlung bei Diabetes.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Diabetes und Stoffwechselerkrankungen	Kommentar
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen	Familiäre Fettstoffwechselstörungen.
VI00	Diagnostik und Therapie von arteriellen Verschlusskrankungen (AVK)	Einschließlich DSA und PTA.
VI27	Spezialsprechstunde	Spezialsprechstunde Diabetes (Stoffwechseleinstellung, Kinder und Erwachsene), Diabetische Fuß- und Gefäßsprechstunde.
VU15	Dialyse	Es wird eine hochqualifizierte Dialyseabteilung vorgehalten.
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	Therapie und Diagnostik von diabetischen Polyneuropathien.
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC63	Amputationschirurgie	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR15	Arteriographie	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VC00	Nierenersatzbehandlung	alle gängigen intermittierenden und kontinuierlichen Verfahren (Hämo- und Peritoneladialyse)
VD20	Wundheilungsstörungen	
VP00	Sonstige im Bereich Psychiatrie	stationäre psychologische Begleitung



Kinder üben an Kuscheltieren den Umgang mit Insulinpumpen.



Bei stationärer Behandlung im Diabeteszentrum besteht die Möglichkeit, dass Eltern gemeinsam mit ihrem Kind untergebracht werden.

### B-1.5 Fallzahlen Klinik für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1.561
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	E11	611	Diabetes mellitus, Typ 2
2	E10	532	Diabetes mellitus, Typ 1
3	I70	304	Atherosklerose
4	E13	53	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus
5	T82	10	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
6	O24	9	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft
7	I50	5	Herzinsuffizienz
8	L97	5	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert
9	N17	4	Akutes Nierenversagen
10	R73	4	Erhöhter Blutglukosewert

**B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

**B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-035	870	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung
2	9-500	543	Patientenschulung
3	9-984	430	Pflegebedürftigkeit
4	3-993	419	Quantitative Bestimmung von Parametern
5	8-854	311	Hämodialyse
6	8-836	299	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
7	8-83b	273	Zusatzinformationen zu Materialien
8	3-607	248	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
9	3-604	244	Arteriographie der Gefäße des Abdomens
10	3-605	243	Arteriographie der Gefäße des Beckens

**B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Die Klinik für Diabetes und Stoffwechselerkrankungen Karlsburg besitzt ein zertifiziertes ambulantes Fußzentrum. Patienten mit diabetischem Fußsyndrom werden durch qualifizierte, erfahrene Fachärzte der verschiedenen Disziplinen optimal behandelt und betreut.

<b>Zahnarztambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge) (AM13)
<b>Angebotene Leistung</b>	Dentale Implantologie (VZ03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VZ05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne (VZ08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates (VZ09)

Diabetesambulanz	
<b>Ambulanzart</b>	Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge) (AM13)
<b>Kommentar</b>	Einstellung des Diabetes bei Kindern/ und Erwachsenen und Behandlung des diabetischen Fußsyndroms
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie des diabetischen Fußsyndroms (VI00)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von arteriellen Verschlusskrankungen (AVK) (VI00)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Bluthochdruck (VI00)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von diabetischen Augenerkrankungen (VI00)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Spezialsprechstunde (VI27)
<b>Angebotene Leistung</b>	Therapie und Diagnostik von Polyneuropathien (VI00)



Im KLINIKUM KARLSBURG ist eine umfassende zahnärztliche Behandlung möglich.

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

Trifft nicht zu.

**B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Trifft nicht zu.

**B-1.11 Personelle Ausstattung**

**B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte**



Das Team des Diabeteszentrums besteht aus Diabetologen, Diabetes- und Ernährungsberatern sowie Psychologen und Erziehern.

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

**Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 13,65

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,65	inkl. Pädiatrie
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,65	inkl. Pädiatrie
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 114,36

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 6,92

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,92	inkl. Pädiatrie
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,92	inkl. Pädiatrie
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 225,58

*Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen*

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ04	Augenheilkunde	
AQ23	Innere Medizin	48 Monate Weiterbildungsermächtigung inkl. Basisweiterbildung ohne ITS
AQ29	Innere Medizin und Nephrologie	12 Monate Weiterbildungsermächtigung
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin	mit Zusatzbezeichnung: Diabetologie 6 Monate Weiterbildungsermächtigung

*Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen*

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF07	Diabetologie	18 Monate Weiterbildungsermächtigung DDG-Zertifiziert
ZF30	Palliativmedizin	

### B-1.11.2 Pflegepersonal

Langjährige, stabile Pflgeteams sind auf die Versorgung von diabeteskranken Patienten spezialisiert.

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 28,28

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	28,28	inkl. Pädiatrie
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	28,28	inkl. Pädiatrie
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 55,20

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,64

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,64	inkl. Pädiatrie
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,64	inkl. Pädiatrie
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2.439,06

### **Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1,64

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,64	inkl. Pädiatrie
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,64	inkl. Pädiatrie
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 951,83

### **Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1,34

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,34	inkl. Pädiatrie
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,34	inkl. Pädiatrie
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1.164,93

*Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse*

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ02	Diplom	
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	Interdisziplinäre Intensivstation
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	
PQ08	Pflege im Operationsdienst	Interdisziplinäre OP-Versorgung
PQ11	Pflege in der Nephrologie	
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	
PQ20	Praxisanleitung	

*Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation*

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP13	Qualitätsmanagement	Das Pflegepersonal engagiert sich im Qualitätszirkel.
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	
ZP20	Palliative Care	
ZP22	Atmungstherapie	Durchführung überwiegend durch Physiotherapie
ZP24	Deeskalationstraining	jährliche Schulungen

**B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

**B-2 Klinik für Kardiologie und Elektrotherapie**

**B-2.1 Allgemeine Angaben Klinik für Kardiologie und Elektrotherapie**

**Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung**

<b>Fachabteilung</b>	Klinik für Kardiologie und Elektrotherapie
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	0300
<b>Art</b>	Hauptabteilung

**Ärztliche Leitung**

**Chefärztin oder Chefarzt**

<b>Funktion</b>	Chefarzt Kardiologie und Elektrotherapie
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Prof. Dr. med. Wolfgang Motz
<b>Telefon</b>	038355/70-1283
<b>Fax</b>	038355/70-1655
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:prof.motz@drguth.de">prof.motz@drguth.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Greifswalder Straße 11
<b>PLZ/Ort</b>	17495 Karlsburg
<b>Homepage</b>	<a href="#">Hier klicken</a>



Die vier Herzkatheterlabore sind mit modernster Technik ausgestattet.

## B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

### Angaben zu Zielvereinbarungen

**Zielvereinbarung gemäß DKG** Keine Vereinbarung geschlossen

## B-2.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kardiologie und Elektrotherapie

Die Klinik für Kardiologie und Elektrotherapie verfügt über folgende Zertifizierungen / Akkreditierungen:

- zertifiziert als Chest Pain Unit (CPU) durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V.
- anerkanntes Hypertonie-Zentrum der Deutschen Hochdruckliga e.V. (DHL), Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention
- zertifiziertes TAVI-Zentrum durch die Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kardiologie und Elektrotherapie	Kommentar
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	Besonderer Schwerpunkt: Versorgung von herzkranken Diabetikern.
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	Medikamentöse Therapie der pulmonalen Herzkrankheit.
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	PCI einschließlich Rotablation und Versorgung chronischer Verschlüsse.
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	Stenttherapie bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK).
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	Medikamentöse Induktion einer Rückbildung der Herzhypertrophie.
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Einschließlich Koloskopie.
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	Einschließlich Bronchoskopie.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kardiologie und Elektrotherapie	Kommentar
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	Myokardbiopsien bei Patienten mit Myokarditis.
VI20	Intensivmedizin	Herzschwäche z.B. nach Herzinfarkt.
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Herzzentrum Berlin.
VI27	Spezialsprechstunde	Zu den Themen: Herzinsuffizienz, Herzschrittmacher- und Defibrillator-Implantation, LVAD.
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	z.B. Pulmonalvenenisolation.
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI34	Elektrophysiologie	Einschließlich Ablation bei Vorhofflimmern.
VI35	Endoskopie	
VI39	Physikalische Therapie	
VI41	Shuntzentrum	
VX00	Rhythmuschirurgie / Vorhofablation	
VI00	Diagnostik und Therapie von Bluthochdruck	
VC00	Interventionelle Herzklappenimplantation	Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) mit Herzteam (immer gemeinsam mit Kardiologie und Herzchirurgie). Zertifiziertes TAVI Zentrum der DGK. Mitralklappen-Clipping (MitraClip)
VI00	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Herzens	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC05	Schrittmachereingriffe	
VC06	Defibrillatöreingriffe	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR02	Native Sonographie	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Klinik für	Kommentar
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	Kardiologie und Elektrotherapie	
VR04	Duplexsonographie		
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel		
VR10	Computertomographie (CT), nativ		
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel		
VR15	Arteriographie		
VP00	Sonstige im Bereich Psychiatrie		stationäre psychologische Begleitung



Bildgebende Diagnostik auf sogenannten Large Displays zur Darstellung der Herzkranzgefäße.

### B-2.5 Fallzahlen Klinik für Kardiologie und Elektrotherapie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	4.150
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I48	876	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
2	I20	818	Angina pectoris
3	I25	367	Chronische ischämische Herzkrankheit
4	I50	336	Herzinsuffizienz
5	I35	333	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten
6	I21	220	Akuter Myokardinfarkt
7	I47	201	Paroxysmale Tachykardie
8	I42	163	Kardiomyopathie
9	I49	129	Sonstige kardiale Arrhythmien
10	I34	114	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten

**B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-933	3.738	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie
2	3-034	3.700	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]
3	1-275	2.407	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
4	1-274	1.749	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung
5	8-837	1.654	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
6	8-835	1.590	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen
7	8-83b	1.457	Zusatzinformationen zu Materialien
8	3-052	1.370	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
9	1-268	1.367	Kardiales Mapping
10	1-266	1.245	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt

**B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Kardiologische Ambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)

<b>Herzschrittmacher- und Defibrillatorambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)
<b>Angebotene Leistung</b>	Elektrophysiologie (VI34)

**B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu.

**B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Trifft nicht zu.

**B-2.11 Personelle Ausstattung**

**B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte**



Ein erfahrenes Team aus Kardiologen steht für Sie bereit.  
 Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

**Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 16,33

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,33	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,33	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 254,13

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 8,28

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,28	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,28	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 501,21

*Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen*

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie	36 Monate Weiterbildungs-ermächtigung
AQ23	Innere Medizin	48 Monate Weiterbildungs-ermächtigung inkl. Basisweiterbil- dung ohne ITS
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie	12 Monate Weiterbildungs-ermächtigung

*Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen*

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin

## B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 33,83

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	33,83
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	33,83
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 122,67

### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,76

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	0,76
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	0,76
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 5.460,53

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1,97

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,97
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,97
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2.106,60

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1,6

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte
Stationär	1,6
Ambulant	0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte
Direkt	1,6
Nicht Direkt	0

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2.593,75

*Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse*

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ01	Bachelor	Physician Assistant
PQ02	Diplom	
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	Interdisziplinäre Intensivstation
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	
PQ08	Pflege im Operationsdienst	
PQ11	Pflege in der Nephrologie	Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Fachbereichen des Hauses.
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	
PQ20	Praxisanleitung	

*Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation*

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Fachbereichen im Haus.
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP06	Ernährungsmanagement	Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Fachbereichen im Haus.
ZP08	Kinästhetik	
ZP13	Qualitätsmanagement	Das Pflegepersonal engagiert sich im Qualitätszirkel.
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	Kontinuierliche interne Fortbildungen auf Grundlage des Expertenstandards.
ZP20	Palliative Care	
ZP22	Atmungstherapie	Durchführung überwiegend durch Physiotherapie
ZP24	Deeskalationstraining	jährliche Schulungen

**B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

**B-3 Klinik für Herz-, Thorax-Gefäßchirurgie und Anästhesie und Intensivmedizin**

**B-3.1 Allgemeine Angaben Klinik für Herz-, Thorax-Gefäßchirurgie und Anästhesie und Intensivmedizin**

Die Behandlungsziele der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie bestehen darin, den Erhalt und die Verbesserung der Funktionsfähigkeit dieser wichtigen Organe langfristig zu sichern. In der Herzchirurgie stehen die jeweiligen chirurgisch-operativen Maßnahmen im Mittelpunkt. Erkrankungen oder Verletzungen des Brustkorbes werden in der Thoraxchirurgie behandelt. In der Gefäßchirurgie therapieren wir überwiegend Erweiterungen, Verengungen oder Verschlüsse, Verletzungen oder angeborene Missbildungen der Gefäße. Die Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie arbeitet eng mit der Kardiologie und Diabetologie zusammen und bietet damit eine integrierte Versorgung von herzkranken Diabetikern. Die Behandlungsziele der Anästhesie und Intensivmedizin bestehen darin, den Patienten vor, während und nach operativen Eingriffen zu betreuen. Gleiches gilt für die Behandlung von Schmerzen und in Akutsituationen, die lebensbedrohlich sind oder werden können.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
<b>Fachabteilung</b>	Klinik für Herz-, Thorax-Gefäßchirurgie und Anästhesie und Intensivmedizin
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	2050
<b>Art</b>	Hauptabteilung

**Ärztliche Leitung**

Chefärztin oder Chefarzt	
<b>Funktion</b>	Chefarzt Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie
<b>Titel, Vorname, Name</b>	PD Dr. med. Alexander Kaminski
<b>Telefon</b>	038355/70-1330
<b>Fax</b>	038355/70-1577
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:kaminski.alexander@drguth.de">kaminski.alexander@drguth.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Greifswalder Straße 11
<b>PLZ/Ort</b>	17495 Karlsburg
<b>Homepage</b>	<a href="#">Hier klicken</a>

Chefärztin oder Chefarzt	
<b>Funktion</b>	Chefarzt Anästhesie und Intensivmedizin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	PD Dr. med. Hauke Paarmann
<b>Telefon</b>	038355/70-2500
<b>Fax</b>	38355/70-1227
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:h.paarmann@drguth.de">h.paarmann@drguth.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Greifswalder Straße 11
<b>PLZ/Ort</b>	17495 Karlsburg
<b>Homepage</b>	<a href="#">Hier klicken</a>

Chefärztin oder Chefarzt	
<b>Funktion</b>	Chefarzt Anästhesie und Intensivmedizin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Prof. Dr. med. Matthias Heringlake
<b>Telefon</b>	038355/70-2500
<b>Fax</b>	038355/70-1227
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:heringlake@drguth.de">heringlake@drguth.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Greifswalder Straße 11
<b>PLZ/Ort</b>	17495 Karlsburg
<b>Homepage</b>	<a href="#">Hier klicken</a>

### B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
<b>Zielvereinbarung gemäß DKG</b>	Keine Vereinbarung geschlossen

### B-3.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Herz-, Thorax-Gefäßchirurgie und Anästhesie und Intensivmedizin

Alle ambulanten Patienten nach LVAD-Implantation werden in regelmäßigen/erforderlichen Abständen durch einen Kardiotechniker der Klinik im häuslichen Umfeld aufgesucht und der klinische Zustand des Patienten wie auch der technische Zustand des LVAD (Leistungsparameter, Gerinnung etc.) untersucht. Damit können potentielle Probleme früh erkannt und therapeutische Maßnahmen zur Vermeidung weitreichender Komplikationen zeitnah eingeleitet werden. Dieses deutschlandweit einzigartige Projekt führt zu einer Verbesserung der Lebenserwartung und -qualität dieser Patienten.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Herz-, Thorax-Gefäßchirurgie und Anästhesie und Intensivmedizin	Kommentar
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	Inkl. Stent-Therapie in allen Aortenabschnitten.
VR15	Arteriographie	
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen	24 Stunden am Tag.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Herz-, Thorax-Gefäßchirurgie und Anästhesie und Intensivmedizin	Kommentar
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler	Bei Erwachsenen.
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikulruptur	Notfallchirurgie.
VC06	Defibrillatoreingriffe	Einschließlich CRT.
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	Mechanische Herzunterstützung: Extrakorporale Membranoxygenierung, LVAD.
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC61	Dialyseshuntchirurgie	9 Dialyse- und 5 Hämofiltrationsgeräte.
VR04	Duplexsonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VC10	Eingriffe am Perikard	24 Stunden am Tag.
VC03	Herzklappenchirurgie	Einschließlich Notfalloperationen bei Klappenentzündungen, klappenerhaltende Operationen.
VI20	Intensivmedizin	Komplexe interdisziplinäre Intensivmedizin.
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC01	Koronarchirurgie	Arterielle Revaskularisationen, Off-Pump-Chirurgie; spezielle Erfahrung bei Diabetikern.
VC11	Lungenchirurgie	
VC08	Lungenembolektomie	Lungenemboliebehandlung operativ und interventionell.
VR02	Native Sonographie	
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	Auch als Hybrid-Eingriff (Debranching und Stent).
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	
VI40	Schmerztherapie	Perioperativer Akutschmerzdienst, Schmerzkonsil (ITS).
VC05	Schrittmachereingriffe	Besonderheit: biventrikuläre Schrittmacher-Stimulation bei chronischer Herzinsuffizienz.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Herz-, Thorax-Gefäßchirurgie und Anästhesie und Intensivmedizin	Kommentar
VC00	Neuromonitoring	und hämodynamisches Monitoring: NIRS-Messung, Zerebrale Oximetrie, Bispectralindex (Narkosetiefemessung), SSEP bei Operationen an den Kopf-Hals-Gefäßen, EEG auf der Intensivstation
VC00	Interventionelle Herzklappenimplantation	Mitraclip, TAVI
VC00	IABP / ECMO	Mechanische Kreislauf- und / oder Lungenunterstützung (IABP, ECMO) auf der Intensivstation.
VC00	Perioperative Echokardiographie	Transthorakale und transösophageale Echokardiographie.
VC00	Allgemein- und Regionalanästhesie	Durchführung aller modernen Verfahren der Allgemein- und Regionalanästhesie.
VC00	Innerklinische Notfallmedizin	Sicherung der innerklinischen Notfallmedizin (Reanimationsteam der ITS).
VC00	Maschinelle Autotransfusion	
VC00	Ärztliche Transportbegleitung	Ärztliche Transportbegleitung bei Interhospitaltransfer (ITS).
VC00	Nierenersatzbehandlung	Hämofiltration, Hämodiafiltration, Hämodialyse kontinuierlich und intermittierend, Citratdialyse.
VC00	Invasive und nichtinvasive Beatmung	Durchführung moderner invasiver und nichtinvasiver Beatmung auf der Intensivstation.
VI00	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Herzens	
VX00	Rhythmuschirurgie / Vorhofablation	
VC00	Intensivmedizin	
VP00	Sonstige im Bereich Psychiatrie	stationäre psychologische Begleitung
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC63	Amputationschirurgie	
VC71	Notfallmedizin	
VD20	Wundheilungsstörungen	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	im Rahmen herzchirurgischer Behandlung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Herz-, Thorax-Gefäßchirurgie und Anästhesie und Intensivmedizin	Kommentar
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR06	Endosonographie	
VX00	Shunt-Chirurgie bei chronischer Niereninsuffizienz	
VC62	Portimplantation	
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	Minimal-invasive Mitralklappen-chirurgie
VC24	Tumorchirurgie	im Rahmen herzchirurgischer Behandlung
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	im Rahmen herzchirurgischer Behandlung
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	Endoskopische Venenentnahme, Minimal-invasive Mitralklappen-chirurgie
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	im Rahmen herzchirurgischer Behandlung; Extrakranielle hirnversorgende Gefäße
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	Plastische Chirurgie zur Wunddeckung
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	

### **B-3.5 Fallzahlen Klinik für Herz-, Thorax-Gefäßchirurgie und Anästhesie und Intensivmedizin**

<b>Fallzahlen</b>	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	1.228
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

**B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I35	201	Nicht rheumatische Aortenklappenkrankheiten
2	I25	175	Chronische ischämische Herzkrankheit
3	T82	140	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
4	I21	115	Akuter Myokardinfarkt
5	I70	91	Atherosklerose
6	I71	75	Aortenaneurysma und -dissektion
7	I34	52	Nicht rheumatische Mitralklappenkrankheiten
8	T81	49	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
9	I20	48	Angina pectoris
10	I50	30	Herzinsuffizienz

**B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-034	1.384	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]
2	8-933	960	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie
3	8-931	813	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes
4	8-810	735	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
5	8-98f	734	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
6	8-803	686	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut
7	3-035	643	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung
8	8-800	643	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
9	5-361	623	Anlegen eines aortokoronaren Bypass
10	8-854	586	Hämodialyse

**B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>LVAD-Ambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) (AM04)
<b>Kommentar</b>	Poststationäre Nachsorge der Patienten mit einer mechanischen Herzunterstützung: LVAD.
<b>Angebotene Leistung</b>	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation (VI21)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)

<b>Gefäßsprechstunde</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) (AM04)
<b>Angebotene Leistung</b>	Aortenaneurysmachirurgie (VC16)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von arteriellen Verschlusskrankungen (AVK) (VI00)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Herzklappenchirurgie (VC03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)
<b>Angebotene Leistung</b>	Koronarchirurgie (VC01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen (VC17)

**B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu.

**B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Trifft nicht zu.

**B-3.11 Personelle Ausstattung**

### B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 43,16

##### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	43,16	inkl. Intensivmedizin
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	43,16	inkl. Intensivmedizin
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 28,45

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 21,87

##### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	21,87	inkl. Intensivmedizin
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,87	inkl. Intensivmedizin
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 56,15

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ01	Anästhesiologie	24 Monate Weiterbildungsermächtigung
AQ07	Gefäßchirurgie	36 Monate Weiterbildungsermächtigung
AQ08	Herzchirurgie	48 Monate Weiterbildungsermächtigung
AQ12	Thoraxchirurgie	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF15	Intensivmedizin	12 Monate Weiterbildungsermächtigung
ZF28	Notfallmedizin	

**B-3.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 89,41

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	89,41	inkl. Intensivmedizin; Wir haben einen hohen Anteil an vollexaminierten Pflegekräften.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	89,41	inkl. Intensivmedizin
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 13,73

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 2,01

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,01	inkl. Intensivmedizin
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,01	inkl. Intensivmedizin
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 610,95

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 5,19

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,19	inkl. Intensivmedizin
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,19	inkl. Intensivmedizin
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 236,61

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 4,24

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,24	inkl. Intensivmedizin
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,24	inkl. Intensivmedizin
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 289,62

*Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse*

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ01	Bachelor	Physician Assistant
PQ02	Diplom	
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	Interdisziplinäre Intensivstation
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	
PQ08	Pflege im Operationsdienst	
PQ11	Pflege in der Nephrologie	Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Fachbereichen des Hauses.
PQ12	Notfallpflege	
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	
PQ20	Praxisanleitung	
PQ22	Intermediate Care Pflege	

*Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation*

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Fachbereichen im Haus.
ZP06	Ernährungsmanagement	Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Fachbereichen im Haus.
ZP08	Kinästhetik	
ZP13	Qualitätsmanagement	Das Pflegepersonal engagiert sich im Qualitätszirkel.
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	Kontinuierliche interne Fortbildungen auf Grundlage des Expertenstandards.
ZP20	Palliative Care	
ZP22	Atmungstherapie	Durchführung überwiegend durch Physiotherapie
ZP24	Deeskalationstraining	jährliche Schulungen
ZP27	OP-Koordination/OP-Management	

**B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

## C Qualitätssicherung

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

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

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumen- tationsrate	Kommentar
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	2420	100,0	
Nierentransplantation (PNTX) <sup>1</sup>	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	11	100,0	
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	11	100,0	
Herztransplantation (HTXM_TX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) <sup>2</sup>		100,0	

<sup>1</sup>In den Leistungsbereichen Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)		100,0	
Koronarchirurgie, isoliert (HCH)		100,0	
Koronarchirurgische Operation (HCH_KC)	306	100,0	
Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	269	100,0	
Offenchirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	171	100,0	
Karotis-Revaskularisation (10/2)	32	100,0	
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	6	100,0	
Mammachirurgie (18/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (15/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Dekubitusprophylaxe (DEK)	171	100,0	
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	269	100,0	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	20	100,0	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	52	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	92	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	35	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)	86	100,0	
Geburtshilfe (16/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

<sup>2</sup>In den Leistungsbereichen isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Neonatologie (NEO)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

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

### **C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus**

#### **C-1.2.[1] A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen**

##### **C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bzw. durch das Stellungnahmeverfahren bedürfen oder für die eine Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens bereits vorliegt**

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
<b>Ergebnis-ID</b>	2005
<b>Grundgesamtheit</b>	6
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	6
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	99,09 - 99,16%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	60,97 - 100,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232000_2005
<b>Grundgesamtheit</b>	5
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	5
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,85 - 98,95%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	56,55 - 100,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b> <b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>
	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
<b>Ergebnis-ID</b>	2006
<b>Grundgesamtheit</b>	6
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	6
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	99,13 - 99,20%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	60,97 - 100,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)</b>
	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232001_2006
<b>Grundgesamtheit</b>	5
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	5
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,89 - 99,00%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	56,55 - 100,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b> <b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)</b>
	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
<b>Ergebnis-ID</b>	2007
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,24 - 98,62%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)</b>
	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232002_2007
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	97,41 - 98,15%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	2009
<b>Grundgesamtheit</b>	5
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	5
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	90,82 - 91,14%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	56,55 - 100,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
<b>Ergebnis-ID</b>	232003_2009
<b>Grundgesamtheit</b>	6
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	5
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	83,33%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	66,70 - 67,06%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	43,65 - 96,99%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühmobilisation nach Aufnahme
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen
<b>Ergebnis-ID</b>	2013
<b>Grundgesamtheit</b>	5
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	5
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	92,29 - 92,59%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	56,55 - 100,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich
Bezeichnung der Kennzahl	Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232004_2013
<b>Grundgesamtheit</b>	5
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	5
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	92,56 - 92,97%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	56,55 - 100,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist
<b>Ergebnis-ID</b>	2028
<b>Grundgesamtheit</b>	5
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	5
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,47 - 96,63%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	56,55 - 100,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232005_2028
<b>Grundgesamtheit</b>	5
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	5
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	95,61 - 95,86%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	56,55 - 100,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b> <b>Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
<b>Ergebnis-ID</b>	2036
<b>Grundgesamtheit</b>	5
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	5
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,74 - 98,83%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	56,55 - 100,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)</b>
	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232006_2036
<b>Grundgesamtheit</b>	5
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	5
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,58 - 98,73%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	56,55 - 100,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
<b>Ergebnis-ID</b>	50722
<b>Grundgesamtheit</b>	6
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	6
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,66 - 96,78%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	60,97 - 100,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich
Bezeichnung der Kennzahl	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232009_50722
<b>Grundgesamtheit</b>	5
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	5
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,57 - 96,75%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	56,55 - 100,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	50778
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,33
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,01 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 6,65
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	232007_50778
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,52
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,54
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde
Ergebnis-ID	232010_50778
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,18
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	231900
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	17,46 - 17,85%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 43,45%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)
<b>Ergebnis-ID</b>	232008_231900
<b>Grundgesamtheit</b>	6
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	18,04 - 18,31%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 39,03%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1)); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	52009
<b>Grundgesamtheit</b>	6787
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	29
<b>Erwartete Ereignisse</b>	45,79
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,63
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,28 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,04 - 1,06
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,44 - 0,91
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	
<b>Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</b>	
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
<b>Ergebnis-ID</b>	52010
<b>Grundgesamtheit</b>	6787
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,00 - 0,00%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 0,06%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	
<b>Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2</b>	
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
<b>Ergebnis-ID</b>	52326
<b>Grundgesamtheit</b>	6787
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	26
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,38%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,33 - 0,34%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,26 - 0,56%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben
Ergebnis-ID	521800
Grundgesamtheit	6787
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,06%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,02 - 0,13%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
<b>Ergebnis-ID</b>	52307
<b>Grundgesamtheit</b>	194
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	193
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	99,48%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,54 - 98,72%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	97,14 - 99,91%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	111801
<b>Grundgesamtheit</b>	20
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,30 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,12 - 0,25%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 16,11%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51191
Grundgesamtheit	267
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	12,03
Ergebnis (Einheit)	0,50
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,98 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,23 - 1,07
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechsell
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Ergebnis-ID	52139
Grundgesamtheit	287
Beobachtete Ereignisse	256
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	89,20%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,20 - 88,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	85,08 - 92,29%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.
Ergebnis-ID	52305
Grundgesamtheit	1021
Beobachtete Ereignisse	985
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,47%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,30 - 95,46%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,16 - 97,44%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52311
Grundgesamtheit	267
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,62%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,34 - 1,51%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,28 - 5,31%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
<b>Ergebnis-ID</b>	54140
<b>Grundgesamtheit</b>	214
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	214
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	99,49 - 99,59%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	98,24 - 100,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	101800
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,08
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,36 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,85 - 0,90
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,02 - 0,29
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	101801
Grundgesamtheit	267
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,25%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,60 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 1,04%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,03 - 4,82%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	101802
Grundgesamtheit	267
Beobachtete Ereignisse	262
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,13%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	52,95 - 53,67%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,69 - 99,20%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
<b>Ergebnis-ID</b>	101803
<b>Grundgesamtheit</b>	267
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	265
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	99,25%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,26 - 96,54%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	97,31 - 99,79%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	51404
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,18
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,04 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,03 - 1,36
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,40 - 3,20
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/- Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Quali- tätsindikators</b>	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstö- rung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers
<b>Ergebnis-ID</b>	52315
<b>Grundgesamtheit</b>	35
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,70 - 1,17%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 9,89%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/- Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Quali- tätsindikators</b>	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die wäh- rend oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfer- nung des Herzschrittmachers vorgenommen wur- de, auftraten (z. B. Infektion der Operationswun- de, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	121800
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,10 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,60 - 0,95%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,34 - 10,12%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herztransplantationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
<b>Ergebnis-ID</b>	2157
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\leq 20,00 \%$
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	8,92 - 16,12%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Herztransplantationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
<b>Ergebnis-ID</b>	12253
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 75,00 \%$
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	74,44 - 85,61%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Herztransplantationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
Ergebnis-ID	51629
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 75,00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	59,52 - 71,59%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Funktion des Nervensystems war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt
Ergebnis-ID	52385
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 20,00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,13 - 8,84%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 24,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
Bezeichnung der Kennzahl	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Die Funktion des Nervensystems war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt
Ergebnis-ID	52386
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,27 - 31,47%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
Bezeichnung der Kennzahl	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Die Funktion des Nervensystems war nach dem Einsetzen eines künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt, dauerhaft beeinträchtigt
Ergebnis-ID	52387
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 48,99%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sepsis bei Implantation eines LVAD
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt
Ergebnis-ID	52388
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 18,99 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	6,74 - 10,87%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,00 - 35,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
Bezeichnung der Kennzahl	Sepsis bei Implantation eines BiVAD
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt
Ergebnis-ID	52389
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,01 - 39,94%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
Bezeichnung der Kennzahl	Sepsis bei Implantation eines TAH
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt
Ergebnis-ID	52390
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	15,00 - 85,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, war fehlerhaft
Ergebnis-ID	52391
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,14 - 1,23%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 24,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
Bezeichnung der Kennzahl	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt, war fehlerhaft
Ergebnis-ID	52392
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,27 - 31,47%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
Bezeichnung der Kennzahl	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Die Funktion des eingesetzten künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt, war fehlerhaft
Ergebnis-ID	52393
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 48,99%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die nach dem Einsetzen eines Herzunterstützungssystems während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	251800
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,40
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,36
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,00
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Vorhergesagte durchschnittliche Wahrscheinlichkeit, dass die Patientinnen und Patienten nach dem Einsetzen eines Herzunterstützungssystems oder künstlichen Herzens in dem Krankenhaus versterben
Ergebnis-ID	251801
Grundgesamtheit	0
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	20,90%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 35,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	22,49 - 24,19%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	15,00 - 30,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Ergebnis-ID	52321
Grundgesamtheit	297
Beobachtete Ereignisse	296
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,66%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,83 - 99,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,12 - 99,94%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	141800
Grundgesamtheit	35
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,80 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,18 - 0,38%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 9,89%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen
<b>Ergebnis-ID</b>	50005
<b>Grundgesamtheit</b>	91
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	89
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	97,80%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	97,49 - 97,90%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	92,34 - 99,40%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
<b>Ergebnis-ID</b>	50055
<b>Grundgesamtheit</b>	91
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	88
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	96,70%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	91,58 - 92,34%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	90,75 - 98,87%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51186
Grundgesamtheit	91
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,13
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,01 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 - 1,16
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,28
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechsell
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird
Ergebnis-ID	52131
Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	120
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,56%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,22 - 91,86%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,07 - 99,17%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
Ergebnis-ID	52316
Grundgesamtheit	385
Beobachtete Ereignisse	377
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,92%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,11 - 96,40%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,95 - 98,94%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)
Ergebnis-ID	52325
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,66 - 0,91%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,63 - 7,91%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	131801
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,21
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,53 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,79 - 0,87
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,06 - 0,74
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	131802
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,50 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,74 - 1,00%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,19 - 5,96%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	131803
Grundgesamtheit	88
Beobachtete Ereignisse	86
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,73%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	53,05 - 54,48%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,09 - 99,37%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51196
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,19
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,79 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 - 1,23
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,03 - 1,03
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Revisi- on/Systemwechsel/Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Quali- tätsindikators</b>	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstö- rung der angepassten oder neu eingesetzten Ka- bel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)
<b>Ergebnis-ID</b>	52324
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,48 - 0,92%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,33 - 9,77%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Revisi- on/Systemwechsel/Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Quali- tätsindikators</b>	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die wäh- rend oder unmittelbar nach der Operation auftre- ten (z. B. Infektion der Operationswunde, unge- wolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	151800
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,90 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,16 - 1,70%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,22 - 6,59%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Isolierte Koronarchirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verwendung der linksseitigen Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (sog. Bypass)
Ergebnis-ID	352000
Grundgesamtheit	271
Beobachtete Ereignisse	239
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	88,19%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,30 - 95,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	83,00 - 91,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Isolierte Koronarchirurgie
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
Ergebnis-ID	352006
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,77 - 2,15%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Isolierte Koronarchirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	352007
Grundgesamtheit	271
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	6,69
Ergebnis (Einheit)	1,20
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,10 (95, Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,02 - 1,16
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,00
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Isolierte Koronarchirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation auftraten
Ergebnis-ID	352010
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,94 % (95, Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,61 - 0,84%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	603
Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	24
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,92 - 99,26%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	86,20 - 100,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	604
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,53 - 99,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	34,24 - 100,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
Ergebnis-ID	605
Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,14 - 1,58%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 17,59%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war
Ergebnis-ID	606
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,12 - 2,46%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 39,03%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	11704
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,60
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,67 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,92 - 1,09
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,28 - 7,91
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	11724
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	3,20
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,90 - 1,12
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,57 - 15,81
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51437
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,74 - 97,90%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51443
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,83 - 99,55%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

**Leistungsbereich (LB)****Bezeichnung der Kennzahl****Karotis-Revaskularisation****Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt****Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl**

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)

<b>Ergebnis-ID</b>	51445
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,51 - 2,62%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

**Leistungsbereich (LB)**
**Bezeichnung der Kennzahl**
**Karotis-Revaskularisation**
**Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt**
**Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl**

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

**Ergebnis-ID**

51448

**Grundgesamtheit**

entfällt

**Beobachtete Ereignisse**

entfällt

**Erwartete Ereignisse**
**Ergebnis (Einheit)**

-

**Referenzbereich (bundesweit)**
**Vertrauensbereich (bundesweit)**

1,72 - 4,96%

**Vertrauensbereich (Krankenhaus)**

entfällt

**Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens**

-

**Leistungsbereich (LB)**
**Bezeichnung der Kennzahl**
**Karotis-Revaskularisation**
**Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch**
**Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl**

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind

**Ergebnis-ID**

51859

**Grundgesamtheit**

entfällt

**Beobachtete Ereignisse**

entfällt

**Erwartete Ereignisse**
**Ergebnis (Einheit)**

-

**Referenzbereich (bundesweit)**
**Vertrauensbereich (bundesweit)**

2,75 - 3,49%

**Vertrauensbereich (Krankenhaus)**

0,00 - 65,76%

**Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens**

-

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51860
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,99 - 5,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	<b>Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51865
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 1,13
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	51873
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,04 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,90 - 1,11
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offenchirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultan-eingriff mit aortokoronarer Bypassoperation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt
<b>Ergebnis-ID</b>	52240
<b>Grundgesamtheit</b>	4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	4,52 - 12,64%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 48,99%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	<b>Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind
Ergebnis-ID	161800
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,72 - 4,23%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	<b>Intraprozedurale Komplikationen</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten
Ergebnis-ID	372000
Grundgesamtheit	279
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,87%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,78 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,51 - 1,84%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,00 - 5,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten
Ergebnis-ID	372001
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,90 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 - 1,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
Ergebnis-ID	372005
Grundgesamtheit	272
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,57%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,73 - 2,08%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,25 - 5,22%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	372006
Grundgesamtheit	279
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	5,91
Ergebnis (Einheit)	1,18
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,14 (95, Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,11
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,00
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten
Ergebnis-ID	372009
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,94 % (95, Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,57 - 0,80%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Intraprozedurale Komplikationen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten
Ergebnis-ID	382000
Grundgesamtheit	104
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,70 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,58 - 1,03%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
Ergebnis-ID	382005
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,03 - 2,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	382006
Grundgesamtheit	104
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	3,84
Ergebnis (Einheit)	1,30
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,85 (95, Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 1,16
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,00
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten
Ergebnis-ID	382009
Grundgesamtheit	87
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,23 % (95, Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,41 - 0,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,00%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich.
<b>Ergebnis-ID</b>	56000
<b>Grundgesamtheit</b>	1192
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	878
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	73,66%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 36,30 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	61,68 - 62,08%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	71,10 - 76,10%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten
<b>Ergebnis-ID</b>	56001
<b>Grundgesamtheit</b>	869
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	75
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	8,63%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 44,87 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	29,74 - 30,15%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	6,90 - 10,64%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
<b>Ergebnis-ID</b>	56003
<b>Grundgesamtheit</b>	66
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	59
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	89,39%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 63,22 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	74,09 - 75,01%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	80,30 - 95,13%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
<b>Ergebnis-ID</b>	56004
<b>Grundgesamtheit</b>	66
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 8,78 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	3,03 - 3,40%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 3,72%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm<sup>2</sup></b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	56005
<b>Grundgesamtheit</b>	1778
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	188
<b>Erwartete Ereignisse</b>	262,53
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,72
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,60 (95, Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,89 - 0,91
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,62 - 0,82
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm<sup>2</sup></b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	56006
<b>Grundgesamtheit</b>	210
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	28
<b>Erwartete Ereignisse</b>	51,55
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,54
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,14 (95, Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,90 - 0,95
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,37 - 0,77
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm<sup>2</sup></b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	56007
<b>Grundgesamtheit</b>	596
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	85
<b>Erwartete Ereignisse</b>	125,55
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,68
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,54 (95, Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,91 - 0,93
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,54 - 0,83
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dosis-Flächen-Produkt unbekannt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt
<b>Ergebnis-ID</b>	56008
<b>Grundgesamtheit</b>	2584
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 0,25 % (90, Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,23 - 0,25%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 0,10%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde
<b>Ergebnis-ID</b>	56009
<b>Grundgesamtheit</b>	1778
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	71
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	3,99%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 7,60 % (95, Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	4,70 - 4,82%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	3,16 - 4,98%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde
<b>Ergebnis-ID</b>	56010
<b>Grundgesamtheit</b>	210
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	23
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	10,95%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 24,94 % (95, Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	17,71 - 18,68%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	7,27 - 15,71%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel
<b>Ergebnis-ID</b>	56011
<b>Grundgesamtheit</b>	596
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	55
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	9,23%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 19,27 % (95, Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	11,03 - 11,26%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	7,10 - 11,75%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt
<b>Ergebnis-ID</b>	56014
<b>Grundgesamtheit</b>	75
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	71
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	94,67%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 93,26 % (5, Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	93,00 - 93,49%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	87,82 - 98,17%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen
<b>Ergebnis-ID</b>	56016
<b>Grundgesamtheit</b>	731
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	710
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	97,13%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 93,53 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	94,99 - 95,16%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	95,72 - 98,16%
<b>Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

**C-1.2.[1] A.II Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog bzw. im Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind**

**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**

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

DMP
Koronare Herzkrankheit (KHK)
Diabetes mellitus Typ 2
Diabetes mellitus Typ 1

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

**C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr****C-5.2 Angaben zum Prognosejahr****C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr**

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

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

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

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

Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma (CQ01)

Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (CQ25)

**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 (fortbildungsverpflichtete Personen)	38
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	31
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	28

**C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr**
**C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG**

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Herzchirurgie	Station 1	Tagschicht	100,00%	0
Herzchirurgie	Station 1	Nachtschicht	100,00%	0
Herzchirurgie	Station 2	Tagschicht	100,00%	0
Herzchirurgie	Station 2	Nachtschicht	100,00%	0
Innere Medizin und Kardiologie	Station 3	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin und Kardiologie	Station 3	Nachtschicht	100,00%	0
Innere Medizin und Kardiologie	Station 4	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin und Kardiologie	Station 4	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	Station 5	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	Station 5	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	Station 7	Nachtschicht	100,00%	0

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Allgemeine Chirurgie	Station 8	Nachtschicht	100,00%	0
Intensivmedizin	Station 6 Intensiv	Tagschicht	91,67%	0
Intensivmedizin	Station 6 Intensiv	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin	Station 7	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin	Station 8	Tagschicht	100,00%	0
Pädiatrie	Station 9	Tagschicht	81,82%	0
Pädiatrie	Station 9	Nachtschicht	100,00%	0

**C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG**

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Herzchirurgie	Station 1	Tagschicht	87,42%
Herzchirurgie	Station 1	Nachtschicht	99,08%
Herzchirurgie	Station 2	Tagschicht	100,00%
Herzchirurgie	Station 2	Nachtschicht	100,00%
Innere Medizin und Kardiologie	Station 3	Tagschicht	98,15%
Innere Medizin und Kardiologie	Station 3	Nachtschicht	100,00%
Innere Medizin und Kardiologie	Station 4	Tagschicht	99,10%
Innere Medizin und Kardiologie	Station 4	Nachtschicht	99,40%
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin und Kardiologie	Station 5	Tagschicht	98,17%
Allgemeine Chirurgie	Station 5	Nachtschicht	99,39%
Allgemeine Chirurgie	Station 7	Nachtschicht	97,10%
Allgemeine Chirurgie	Station 8	Nachtschicht	100,00%
Intensivmedizin	Station 6 Intensiv	Tagschicht	77,81%
Intensivmedizin	Station 6 Intensiv	Nachtschicht	100,00%
Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin	Station 7	Tagschicht	82,80%
Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin	Station 8	Tagschicht	99,70%
Pädiatrie	Station 9	Tagschicht	78,31%
Pädiatrie	Station 9	Nachtschicht	100,00%