

2016

Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH

Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2016

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß §137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGBV über das Berichtsjahr 2016



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	3
A-0 Fachabteilungen	3
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	3
A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts	4
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	4
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	4
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	6
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	8
A-8.1 Forschung und akademische Lehre	8
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen	8
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	9
A-10 Gesamtfallzahlen	9
A-11 Personal des Krankenhauses	9
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	9
A-11.2 Pflegepersonal	10
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	10
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	11
A-12.1 Qualitätsmanagement	11
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	11
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	14
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	18
A-13 Besondere apparative Ausstattung	18

B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	19
B-[1]	Kardiologie	19
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	19
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	20
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	21
B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	21
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	22
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	22
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	23
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	23
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	24
B-[1].11	Personelle Ausstattung	24
B-[2]	Gastroenterologie	26
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	26
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	27
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	27
B-[2].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	28
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	28
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	28
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	29
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	31
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	31
B-[2].11	Personelle Ausstattung	32
B-[3]	Geriatric	33
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	33

B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	34
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	34
B-[3].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	35
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	35
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	35
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	36
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	38
B-[3].11	Personelle Ausstattung	38
B-[4]	Unfall-, Handchirurgie, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie	39
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	40
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	41
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	41
B-[4].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	43
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	43
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	43
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	44
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	46
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	46
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	47
B-[4].11	Personelle Ausstattung	47
B-[5]	Orthopädie und Endoprothetik	48
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	48
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	50
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	50
B-[5].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	51

B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	51
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	51
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	52
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	54
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	54
B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	54
B-[5].11	Personelle Ausstattung	55
B-[6]	Frauenklinik - Gynäkologie und Geburtshilfe	56
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	56
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	58
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	58
B-[6].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	58
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	59
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD	59
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	60
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	61
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	62
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	62
B-[6].11	Personelle Ausstattung	62
B-[7]	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	64
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	64
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	66
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	66
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	66
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD	67

B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	67
B-[7].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	69
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	69
B-[7].11	Personelle Ausstattung	69
B-[8]	Anästhesiologie und Intensivmedizin	70
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	71
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	72
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	72
B-[8].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	72
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	73
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	73
B-[8].11	Personelle Ausstattung	73
B-[9]	Radiologie	74
B-[9].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	74
B-[9].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	75
B-[9].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	75
B-[9].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	76
B-[9].11	Personelle Ausstattung	76
C	Qualitätssicherung	77
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	77
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	77
C-1.2	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL	78
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	167
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	168
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	168

D	Qualitätsmanagement	169
D-1	Qualitätspolitik	169
D-1.1	Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission	169
D-1.2	Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses	169
D-1.3	Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).	172
D-2	Qualitätsziele	173
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	173
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	174
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	176

Einleitung

Liebe Leserinnen und Leser,

das Klinikum Crailsheim ist ein Haus der Grund- und Regelversorgung und verfügt über 165 Planbetten in den Abteilungen Innere Medizin, Gastroenterologie, Kardiologie, Geriatrie, Chirurgie, Orthopädie/Endoprothetik, Gynäkologie/Geburtshilfe und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Hinzu kommt die Anästhesie, welche auch die Intensivstation sowie die Schmerztherapie abdeckt. Die Radiologie mit CT und MRT wird durch das Zentrum für Radiologie und Nuklearmedizin, Leiter Prof. Dr. med. Tomczak, in den Räumen der Klinik sichergestellt.

Knapp 10.000 stationäre und über 22.000 ambulante Patienten werden jedes Jahr im Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum in Crailsheim behandelt und betreut. Seit dem Jahr 2012 arbeitet das Klinikum Crailsheim in enger Kooperation mit dem Diakonie-Klinikum in Schwäbisch Hall.

Die Qualität der medizinischen Versorgung ist für uns von zentraler Bedeutung. Hierbei stehen der Patient und seine individuelle Situation und Bedürfnisse stets im Mittelpunkt. Durch regelmäßige Fort- und Weiterbildungen und die ständige Optimierung von Strukturen, Prozessen und Abläufen erreichen wir ein hohes Leistungsniveau und können unseren Patienten aktuelle Verfahren im Rahmen der Diagnostik, Therapie und Pflege anbieten.

Ziel unseres Handels ist eine wohnortnahe medizinische Versorgung auf hohem Niveau mit zufriedenen stationären und auch ambulanten Patienten getreu unserem Leitspruch

"Gut betreut im Klinikum Crailsheim".

Durch den Neubau, welcher im Jahr 2016 bezogen wurde, bieten wir unseren Patienten eine zukunftsorientierte kompetente medizinische und pflegerische Betreuung innerhalb einer serviceorientierten und modernen Unterkunft.

Der vorliegende Bericht entspricht den Anforderungen an den Strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 SGB V und soll Ihnen unser Leistungsangebot darstellen. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage www.klinikum-crailsheim.de und in unseren Broschüren und Flyern.

An dieser Stelle ist es uns ein Anliegen, ausdrücklich unseren Patienten für ihr Vertrauen und unseren Mitarbeitern für ihr Engagement und ihre Arbeit zu danken.

Der Betriebsleitung gehören an:

Werner Schmidt (Geschäftsführer)

Thomas Grumann (Klinischer Direktor)

Dr. med. Martina Mittag-Bonsch (Ärztliche Direktorin)

Ulrike Bolte (Pflegedienstleitung)

Die Betriebsleitung ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Werner Schmidt

Geschäftsführer Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum Crailsheim gGmbH

Dieser Qualitätsbericht wurde mit Hilfe der Qualitätsberichts-Software der Firma 3M (Version 2017.2.0) im Oktober/November 2017 erstellt. Die Bearbeitung wurde final am 09.11.2017 abgeschlossen.

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Carmen Stegmeier, Klinische Prozessmanagerin
Telefon:	07951 490 117
Fax:	07951 490 144
E-Mail:	carmen.stegmeier@klinikum-crailsheim.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Werner Schmidt, Geschäftsführer
Telefon:	07951 490 101
Fax:	07951 490 144
E-Mail:	werner.schmidt@klinikum-crailsheim.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	http://www.klinikum-crailsheim.de
---	---

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	Abteilungsart	Schlüssel	Fachabteilung
1	Hauptabteilung	0103	Kardiologie
2	Hauptabteilung	0107	Gastroenterologie
3	Hauptabteilung	0190	Geriatric
4	Hauptabteilung	1500	Unfall-, Handchirurgie, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie
5	Hauptabteilung	1523	Orthopädie und Endoprothetik
6	Hauptabteilung	2400	Frauenklinik - Gynäkologie und Geburtshilfe
7	Belegabteilung	2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
8	Nicht-Bettenführend	3600	Anästhesiologie und Intensivmedizin
9	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit	3751	Radiologie

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH
PLZ:	74564
Ort:	Crailsheim
Straße:	Gartenstr.
Hausnummer:	21
IK-Nummer:	26081125
Standort-Nummer:	0
Krankenhaus-URL:	http://www.klinikum-crailsheim.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Thomas Grumann, Prokurist, Klinischer Direktor
Telefon:	07951 490 101
Fax:	07951 490 144
E-Mail:	info@klinikum-crailsheim.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Martina Mittag-Bonsch, Chefarztin Unfall-, Handchirurgie, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie
Telefon:	07951 490 301
Fax:	07951 490 144
E-Mail:	info@klinikum-crailsheim.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Ulrike Bolte, Pflegedienstleitung
Telefon:	07951 490 136
Fax:	07951 490 144
E-Mail:	info@klinikum-crailsheim.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Landkreis Schwäbisch Hall
Träger-Art:	freigemeinnützig

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
1	Atemgymnastik/-therapie
2	Basale Stimulation
3	Sporttherapie/Bewegungstherapie
4	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
5	Diät- und Ernährungsberatung Eine individuelle Diät- und Ernährungsberatung erfolgt im Rahmen eines stationären Aufenthalts auf Anfrage durch die Diätassistentinnen.
6	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
7	Ergotherapie/Arbeitstherapie
8	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik Geburtsvorbereitungskurse bieten die Beleghebammen in den Räumlichkeiten des Klinikums an.
9	Kinästhetik
10	Manuelle Lymphdrainage
11	Massage
12	Physikalische Therapie/Bädertherapie
13	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
14	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse

	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
	z.B. Sturzpräventionskurse, Beckenbodenschule für Frauen und Männer
15	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik Rückenschule und Wirbelsäulengymnastik im Therapiezentrum
16	Schmerztherapie/-management
17	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
18	Stillberatung Stillberatung für Schwangere, Stillberatung nach Entbindung, Stilltreff für Frauen nach der Entlassung
19	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
20	Wärme- und Kälteanwendungen
21	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
22	Wundmanagement Wundmanagement durch ausgebildete Wundexperten im Rahmen einer Wundvisite
23	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen Rheumaliga, ILCO-Gruppe (Selbsthilfeorganisation für Menschen mit künstlichen Darmausgang oder künstlicher Harnableitung und Menschen mit Darmkrebs), Selbsthilfegruppe Schlaganfall und Aphasie, Hospizgruppe, Diabetesgruppe
24	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
25	Sozialdienst
26	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit sog. Klinikgespräche; monatliche Infoveranstaltungen zu verschiedenen Themen durch Chef- oder Oberärzte; jährliche Teilnahme an der Gesundheitsmesse Vita Well, Tag der offenen Tür
27	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
28	Akupunktur
29	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen Die Beleghebammen bieten verschiedene spezielle Leistungsangebote an, z.B. Akkupunktur
30	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
31	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung Gruppen- und Einzeltherapie jeweils für Männer und Frauen durch Physiotherapeutin mit Weiterbildungsqualifikation Inkontinenz. Beratung in Information durch die Fachkraft für Kontinenz.
32	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
33	Aromapflege/-therapie Aromatherapie und Aromapflege wird auf der Geriatrie umgesetzt.
34	Biofeedback-Therapie
35	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien Kreißsaalführungen, Tag der offenen Tür mit Kinderprogramm und Aktionen zum Mitmachen für die ganze Familie

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Leistungsangebot	
1	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle mit separater Dusche und WC als Wahlleistung
2	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle mit separater Dusche und WC als Wahlleistung
3	Telefon am Bett Kosten pro Tag: 2,5 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0 € Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 € bei Wahlleistung von 1-oder 2-Bettzimmer fällt keine tägliche Grundgebühr an.
4	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer Kosten pro Tag: 2,5 € Multimedia-Terminal am Patientenbett mit TV, Radio und Telefon.
5	Rundfunkempfang am Bett Kosten pro Tag: 0 €
6	Internetanschluss am Bett/im Zimmer Kosten pro Tag: 2,5 € Internetzugang über WLAN oder über Multimedia-Terminal möglich.
7	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen Max. Kosten pro Stunde: 1 € Max. Kosten pro Tag: 4 € Tagesticket für 4€
8	Hotelleistungen Frei wählbare Essenzusammenstellung, Buffet in der Cafeteria, kostenlose Getränke, Betten in Übergröße, Wahlleistungen: Tageszeitung, Handtücher, Zusatzversorgung (Obst, Kuchen), Dusch- und Waschgel-Set
9	Rooming-in
10	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
11	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen Informationsveranstaltungen "Klinikgespräche"(1/Monat) Tag der offenen Tür im Rahmen der Klinikeinweihung im Mai 2016.
12	Andachtsraum Raum der Stille
13	Seelsorge
14	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: vegetarische Kostmuslimische Kost
15	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
16	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer
17	Abschiedsraum

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
2	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
3	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
4	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
5	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
6	Besondere personelle Unterstützung
7	Arbeit mit Piktogrammen
8	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
9	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
10	Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
11	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
12	Beschriftung von Zimmern in Blindenschrift
13	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung
14	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
15	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
16	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
17	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
18	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden
19	Allergenarme Zimmer
20	Diätetische Angebote
21	Dolmetscherdienst
22	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	
1	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Ausbildungen in anderen Heilberufen	
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin 3 Jahre in Vollzeit oder 4 Jahre in Teilzeit-Ausbildung
2	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) in Kooperation mit dem Diakonie Klinikum Schwäbisch Hall
3	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin praktische Ausbildung in Zusammenarbeit mit BK Waldenburg
4	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin in Kooperation mit dem Diakonie Klinikum Schwäbisch Hall. Theroretische Ausbildung in SHA, praktische Ausbildung in Crailsheim.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 165

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 9970

Teilstationäre Fallzahl: 0

Ambulante Fallzahl: 22535

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	53,16	53,16	0	18,08	35,08
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	30,9	30,9	0	9,2	21,7
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2				
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0	0	0	0	0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0	0	0	0	0

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

Personal / Ohne FA-Zuordnung	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	130,29 62,43	130,29 62,43	0 0	20,23 20,23	110,06 42,2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,45 0,5	3,45 0,5	0 0	0 0	3,45 0,5
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	5,5	5,5	0	0	5,5
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	9,05	9,05	0	0	9,05
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,75	1,75	0	0,1	1,65
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	0				
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,5 3,5	3,5 3,5	0 0	1,5 1,5	2 2
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,8 0,8	2,8 0,8	0 0	0 0	2,8 0,8

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.
Diätassistent und Diätassistentin	2,08	2,08	0	0	2,08
Ergotherapeut und Ergotherapeutin	1	1	0	0	1
Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	2,4	2,4	0	0	2,4
Pädagoge und Pädagogin/Lehrer und Lehrerin	3,16	3,16	0	0	3,16
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	6,42	6,42	0	1,42	5
Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	1,5	1,5	0	0	1,5
Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	1	1	0	0	1
Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	4,5	4,5	0	1,5	3

Zusätzlich ist noch Leihpersonal aus dem Zentrum Mensch beschäftigt.

(Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Logopäden)

Außerdem waren im Jahr 2016 durchschnittlich 20,74 VK Medizinische Fachangestellte angestellt.

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Dipl. Betriebsw. (DH) Carmen Stegmeier, Klinische Prozessmanagerin
Telefon:	07951 490 117
Fax:	07951 490 144
E-Mail:	carmen.stegmeier@klinikum-crailsheim.de

A-12.1.2 Lenkungsgrremium

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

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/ Funktionsbereiche:	Pflege- und Funktionsdienst (jeweils ein Vertreter der Abteilung), Pflegedienstleitung, Prozess- und Qualitätsmanagement, je nach Themenstellung werden Fachkräfte aus weiteren Bereichen hinzugezogen (z.B. Hygiene).
Tagungsfrequenz des Gremiums:	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---	--

Im Jahr 2016 begann die Umsetzung eines strukturierten Risikomanagements. Die Risikomanagement-Beauftragten der einzelnen Abteilungen wurde benannt, eine Software zur Dokumentation und Überwachung der Risiken wurde angeschafft und die Prozesse zur Risikoidentifikation, -analyse, -bewertung und -bewältigung wurden festgelegt.

A-12.2.2 Lenkungsgrremium

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	Instrument bzw. Maßnahme
1	Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-AN-CPRErw Letzte Aktualisierung: 09.09.2017
2	Schmerzmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-ANÄ-Schmerztherapie-akutST-PD-Schmerz Letzte Aktualisierung: 30.09.2016

Instrument bzw. Maßnahme	
3	Sturzprophylaxe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: ST-PD-SturzPro Letzte Aktualisierung: 15.02.2015
4	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: ST-PD-DekPro Letzte Aktualisierung: 09.07.2015
5	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-LK-FixierungFO-LK-Antragfreiheitsentziehende Maßnahme Letzte Aktualisierung: 10.06.2016
6	Entlassungsmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: HB-LK-Entlassmanagement Letzte Aktualisierung: 20.09.2017
7	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
8	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: ST-PD-MedMan Letzte Aktualisierung: 12.05.2015
9	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
10	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
11	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: FO-OP-OPCheckliste Letzte Aktualisierung: 02.05.2016
12	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-CH-PrävVerwechslung Letzte Aktualisierung: 01.08.2016
13	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
14	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: HB-MT-4.9Meldung_Vorkommnis Letzte Aktualisierung: 15.07.2016

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

☐	Tumorkonferenzen
☐	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
☐	Pathologiebesprechungen
☐	Palliativbesprechungen
☒	Qualitätszirkel
☒	Andere: Antibiotikavisite, Lenkungsreis Risikomanagement

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

Instrument bzw. Maßnahme	
1	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Intervall: bei Bedarf
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Intervall: monatlich
3	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 12.05.2017

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	quartalsweise
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Medikamentenmanagement, IMC-Betten zur Überwachung der Patienten

Die Auswahl eines softwaregestützten klinikinternen CIRS wurde 2015 abgeschlossen. Umsetzung für 2016 geplant.

Aktuell können CIRS-Meldungen über ein Formular (anonym) oder direkt an das klinische Prozessmanagement abgegeben werden.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen
Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Nein
Geplant ab Herbst 2017	

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Personal	Anzahl
Krankenhaustygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	4
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	11

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission:	halbjährlich

Kontakt Daten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Dr. med. Martina Mittag-Bonsch, Ärztliche Direktorin, Vorsitzender
Telefon:	07951 490 301
Fax:	07951 490 144
E-Mail:	info@klinikum-Crailsheim.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl:	Ja
----------	----

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

	Option	Auswahl
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:
Auswahl: Ja

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor:
Auswahl: Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:
Auswahl: Ja

LL-AN-ZSVK

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:
Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben: Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch (Einheit: ml/Patiententag):

... auf allen Intensivstationen: 56

... auf allen Allgemeinstationen: 21

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	Instrument bzw. Maßnahme
1	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) Details: Zertifikat Bronze klinikweite Umsetzung der Aktion "saubere Hände".
2	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
3	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
4	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen

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

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
2	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
3	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
4	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
5	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. http://www.klinikum-crailsheim.de/	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Nein
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Einweiserbefragungen	Ja
10	Patientenbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Carmen Stegmeier, Klinische Prozessmanagerin
Telefon:	07951 490 117
Fax:	07951 490 144
E-Mail:	carmen.stegmeier@klinikum-crailsheim.de

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	Apparative Ausstattung	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar
1	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja
2	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
	durch eine radiolog. Praxis im Haus		
3	Gerät für Nierenersatzverfahren	Geräte für Nierenersatzverfahren	Ja
4	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	
5	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Nein
	durch eine radiolog. Praxis im Haus		
6	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
	durch eine radiolog. Praxis im Haus		
7	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Nein
8	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja
9	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Kardiologie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Kardiologie
Straße:	Gartenstr.
Hausnummer:	21
PLZ:	74564
Ort:	Crailsheim
URL:	http://www.klinikum-crailsheim.de



Prof. Dr. med. Alexander Bauer

Der Leiter der Kardiologie und Rhythmologie ist ein erfahrener interventioneller Kardiologe, der sowohl am Landkreis Klinikum Crailsheim wie auch im Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall als Chefarzt der Kardiologie tätig ist. Ihm zugeordnet sind drei Oberärzte mit dem Schwerpunkt Kardiologie. Die Schwerpunkte der Inneren Medizin I sind **HerzKreislauf- und, Gefäßerkrankungen sowie Herzrhythmusstörungen**. Zur Diagnostik der Herz- und Gefäßerkrankungen stehen zahlreiche Untersuchungsmethoden wie Herzultraschall-Untersuchungen, Stress-Echokardiographie, transösophageale Echokardiographie (Schluckecho), Kardio-MRT (in Zusammenarbeit mit Praxis Prof. Dr. Tomczak), Langzeitmessgeräte (Langzeit-EKG, auch 4-Wochen-Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruck, externe Ereignisrekorder), Farbdoppler-Ultraschallgeräte für die Gefäßdiagnostik usw. zur Verfügung.

Die invasive Diagnostik und Therapie der koronaren Herzerkrankung erfolgt im Herzkatheterlabor des Diakoniekrankums Schwäbisch Hall. Im neu installierten Herzkatheterlabor im Klinikum Crailsheim werden im Rahmen der Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen elektrophysiologische Untersuchungen und Ablationen durchgeführt. Ferner implantieren wir Ereignisrekorder. Es erfolgen Implantationen von Herzschrittmacher, Aggregaten zur kardialen Resynchronisationstherapie und Ereignisrekorder. Es stehen Programmiergeräte zur Überprüfung aller gängigen Aggregate (Medtronic, Sorin, Boston Scientific, St. Jude und Biotronik) zur Verfügung.

Wurde eine Herzerkrankung diagnostiziert, die einer **Herzoperation** bedarf, werden alle dafür notwendigen Voruntersuchungen in Crailsheim durchgeführt bzw. in die Wege geleitet. Selbstverständlich nehmen wir auch mit der für den Eingriff am besten geeigneten Klinik Kontakt auf, sodass diese die Patienten dann nur noch für die entsprechende Operation einbestellen muss.

Besteht eine Verengung der Herzkranzgefäße, wird die dann notwendige **Herzkatheteruntersuchung**

mit Ballondilatationen und ggf. Stenteinlagen im Herzkatheterlabor in Schwäbisch Hall durchgeführt. Nach erfolgreichem Eingriff werden die Patienten frühzeitig in das Klinikum Crailsheim zurückverlegt. Da es sich hier um eine standortübergreifende Abteilung (Innere Medizin I Klinikum Crailsheim und Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall) handelt, erfolgt die Diagnostik und Therapie nach einheitlichen Standards.

Besondere Erfahrungen liegen für die Behandlung aller Arten von **Herzrhythmusstörungen** (insbesondere Vorhofflimmern) vor. Dies schließt alle Formen von elektrophysiologischen Untersuchungen inkl. komplexer Katheterablationen im Klinikum Crailsheim und im Diakoniekrankenhaus Schwäbisch Hall ein.

Ein weiterer Schwerpunkt stellt die Diagnostik und Therapie des **Bluthochdruckes** dar.

Bei einem Verdacht auf **Schlaganfall** erfolgt umgehend eine Bildgebung des Schädels (Computertomographie oder Kernspintomographie), um die Ursache und das Ausmaß der Hirnschädigung zu erkennen. Durch die schnelle Diagnostik können wichtige Therapien zeitnah eingeleitet werden. Schwierige Therapieentscheidungen werden mit der Stroke Unit in Schwäbisch Hall auf kurzem Wege abgestimmt. Es erfolgen konsiliarische neurologische Untersuchungen durch Fachärzte der Neurologie.

Bei Unverträglichkeiten von Medikamenten zur Blutverdünnung oder schweren Blutungskomplikationen führen wir Verschlüsse der Vorhofkatheter (Vorhofkatheterokkluder) durch. Durch diese Maßnahme ist die Gabe von Medikamenten zur Blutverdünnung (z.B. Marcumar oder NOAK) verzichtbar.

Auf der Intensivstation können alle lebensbedrohlichen Krankheitsbilder aus dem Bereich der Kardiologie behandelt werden (z.B. Herzinfarkt, schwere Herzschwäche, bedrohliche Herzrhythmusstörungen). Dazu verfügt die Intensivstation über alle notwendigen Überwachungsgeräte (Monitoring).

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(0103) Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
2	(0300) Kardiologie

B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Alexander Bauer, Chefarzt
Telefon:	07951 490215
Fax:	07951 490299
E-Mail:	info@klinikum-crailsheim.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:

Ja

Erläuterungen:

Es werden mit allen Chefärztinnen und Chefarzten im Rahmen von Perspektivgesprächen jährliche Zielvereinbarungen geschlossen. Sie beziehen sich auf Qualitätsmerkmale in der Patientenversorgung, Entwicklung der Abteilung und sonstige Ziele.

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

	Medizinische Leistungsangebote
1	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
2	Schrittmachereingriffe
3	Defibrillatoreingriffe
4	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
5	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
6	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
9	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
10	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
12	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
13	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
14	Intensivmedizin
15	Diagnostik und Therapie von Allergien
16	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
17	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
18	Elektrophysiologie
19	Physikalische Therapie
20	Schmerztherapie
21	Transfusionsmedizin
22	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
23	Native Sonographie
24	Eindimensionale Dopplersonographie
25	Duplexsonographie
26	Sonographie mit Kontrastmittel
27	Endosonographie
28	Spezialsprechstunde

B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe

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

Vollstationäre Fallzahl: 2211

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	210
2	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	107
3	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	85
4	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	82
5	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	81
6	M79.18	Myalgie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	76
7	I20.0	Instabile Angina pectoris	73
8	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	70
9	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	58
10	E86	Flüssigkeitsmangel	51
11	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	45
12	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	42
13	R42	Schwindel bzw. Taumel	41
14	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	40
15	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	39
16	T75.4	Schäden durch elektrischen Strom	30
17	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	30
18	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	27
19	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	27
20	I95.1	Orthostatische Hypotonie	25
21	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	22
22	R07.2	Präkordiale Schmerzen	22
23	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	19
24	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	18
25	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	16
26	G45.82	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	16
27	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	16
28	A46	Wundrose - Erysipel	15

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
29	I48.3	Vorhofflattern, typisch	15
30	R06.0	Dyspnoe	15

B-[1].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzschwäche	341
2	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	157
3	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	118
4	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	112
5	I21	Akuter Herzinfarkt	84
6	M79	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes	83
7	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	82
8	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	71
9	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	66
10	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	63

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	477
2	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	433
3	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	212
4	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	195
5	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	171
6	3-035	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Blutgefäßsystems mit Auswertungen	146
7	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	135
8	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	107
9	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	105
10	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	102

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Kardiologische Sprechstunde
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
	Leistungen:
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	VR04 - Duplexsonographie
	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
	VR06 - Endosonographie
	VR02 - Native Sonographie
	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
2	Kardiologische Sprechstunde
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	8,23	8,23	0	3,33	4,9	451,2
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,4	4,4	0	1,76	2,64	837,5
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
1	Innere Medizin und SP Kardiologie
2	Innere Medizin
3	Allgemeinmedizin

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	15,6	15,6	0	0	15,6	141,7
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,5	0,5	0	0	0,5	4422,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,75	0,75	0	0	0,75	2948,0

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

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

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

	Zusatzqualifikationen
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Kinästhetik
4	Wundmanagement
5	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
6	Qualitätsmanagement

B-[2] Gastroenterologie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Gastroenterologie
Straße:	Gartenstr.
Hausnummer:	21
PLZ:	74564
Ort:	Crailsheim
URL:	http://www.klinikum-crailsheim.de



Unsere Ärzte verfügen über große Erfahrung in der Behandlung von akuten, chronischen und malignen Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts, der Leber und der Bauchspeicheldrüse.

Bei diesen Erkrankungen ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwingend notwendig.

Hier arbeiten wir eng mit den chirurgischen Kollegen unseres Hauses, Frau Chefarztin Dr. med. Mittag-Bonsch, der onkologischen Abteilung des Diakonieklinikums Schwäbisch Hall, Chefarzt Dr. med. Geer und der Abteilung für Radioonkologie am Diakonieklinikum Schwäbisch Hall, Chefarzt Dr. med. Witucki, zusammen.

Eine enge Zusammenarbeit erfolgt darüber hinaus mit den universitären Zentren der Umgebung (Universitätskliniken Heidelberg, Ulm und Würzburg).

Dr. med. Bernhard Braun

Wir führen täglich eine große Anzahl an endoskopischen, endosonographischen und sonographischen Untersuchungen durch.

Auch die entsprechenden therapeutischen Eingriffe, z. B. Polypektomien, Ösophagusvarizenligaturen, APC-Behandlungen, endosonographische Punktionen und transcutane sonographische Punktionen werden durchgeführt. Seit Umzug in den Klinikneubau verfügen wir über eine Endoskopie, Aufwachraum und Geräteaufbereitung, welche nach modernsten Gesichtspunkten eingerichtet wurde.

Besonderen Wert legen wir darauf, dass diese Untersuchungen unter Einhaltung der S3-Leitlinien für Sedierung und Komplikationsmanagement in der Endoskopie durchgeführt werden und die Eingriffe so wenig belastend wie möglich und schmerzfrei für den Patienten verlaufen.

Ebenfalls in hoher Frequenz werden Eingriffe an Galle oder Pankreas (ERCP) durchgeführt. Diese sind in der Regel als therapeutische Eingriffe (Papillotomie, Steinextraktion und Stenting) angelegt.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der vorwiegend ambulant durchgeführten proktologischen Diagnostik und Behandlung von sehr häufigen Problemen wie Hämorrhoidalbeschwerden. Auch hier erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit den chirurgischen Kollegen im Hause.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit der Dünndarmuntersuchung mittels Ballonenteroskopie und Kapselendoskopie, die seit 2012 zur Verfügung steht.

Zur Abklärung von thorakalen- oder Refluxbeschwerden steht eine Impedanz-pH-Metrie zur Verfügung.

In hoher Fallzahl werden auch Patienten mit chronischen Lebererkrankungen und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen überwiegend ambulant betreut und behandelt.

Vorwiegend ambulant werden Patienten mit Tumoren des Magen-Darm-Traktes, der Leber und Bauchspeicheldrüse mit allen gängigen Chemotherapien behandelt.

Die Patienten werden vor Therapieeinleitung in der Regel im interdisziplinären Tumorboard des Diakonieklinikums Schwäbisch Hall vorgestellt. Alle onkologischen Erkrankungen ausserhalb des gastroenterologischen Fachgebietes, sowie Hämatoblastosen und Lymphome werden in der Ermächtigungsambulanz des onkologischen Oberarztes Dr. Dieter behandelt.

Die Pat. werden danach umfassend onkologisch betreut, d. h. die Untersuchungen zur Diagnosestellung und evtl. notwendige Operationen und Chemotherapien bis zu den Nachsorgeuntersuchungen werden von erfahrenen Ärzten und Fachpersonal durchgeführt. Die Kontinuität in der ärztlichen und pflegerischen Betreuung dieser oft langjährig betreuten Patienten ist uns ein besonderes Anliegen.

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(0107) Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
2	(0700) Gastroenterologie

B-[2].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Bernhard Braun , Chefarzt
Telefon:	07951 490201
Fax:	07951 490299
E-Mail:	info@klinikum-crailsheim.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:

Ja

Erläuterungen:	Es werden mit allen Chefärztinnen und Chefarzten im Rahmen von Perspektivgesprächen jährliche Zielvereinbarungen geschlossen. Sie beziehen sich auf Qualitätsmerkmale in der Patientenversorgung, Entwicklung der Abteilung und sonstige Ziele.
-----------------------	---

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

	Medizinische Leistungsangebote
1	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
2	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
3	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums

	Medizinische Leistungsangebote
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
9	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
10	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
11	Intensivmedizin
12	Diagnostik und Therapie von Allergien
13	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
14	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
15	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
16	Endoskopie
17	Palliativmedizin
18	Physikalische Therapie
19	Schmerztherapie
20	Transfusionsmedizin
21	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
22	Native Sonographie
23	Eindimensionale Dopplersonographie
24	Duplexsonographie
25	Sonographie mit Kontrastmittel
26	Endosonographie
	des oberen und unteren Gastrointestinaltrakts
27	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

	Aspekte der Barrierefreiheit
1	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe

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

Vollstationäre Fallzahl: 2181

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	130
2	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	77
3	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	59
4	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	55
5	K29.1	Sonstige akute Gastritis	52
6	E86	Flüssigkeitsmangel	47

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
7	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	42
8	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	35
9	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	34
10	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	34
11	K59.0	Obstipation	32
12	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	31
13	A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus [Norwalk-Virus]	26
14	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	24
15	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	22
16	K80.21	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	22
17	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	22
18	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	22
19	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	21
20	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	19
21	A46	Wundrose - Erysipel	19
22	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	19
23	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	17
24	D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)	17
25	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	17
26	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	16
27	A04.70	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	16
28	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	15
29	K57.31	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	14
30	K72.0	Akutes und subakutes Leberversagen	14

B-[2].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	172
2	A09	Magen-Darm-Grippe und sonstige Entzündung des Dickdarmes	108
3	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	93
4	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	71
5	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	63
6	J20	Akute Bronchitis	63
7	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	58
8	K80	Gallensteinleiden	54
9	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	51
10	E86	Flüssigkeitsmangel	47

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	673
2	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	342
3	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	247
4	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	212
5	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	205
6	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	137
7	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	133
8	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	129
9	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	128
10	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	103
11	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	101
12	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	94
13	1-653	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung	74
14	3-804	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes ohne Kontrastmittel	62
15	1-651	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung	57
16	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	54
17	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	52
18	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	52
19	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	52
20	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	51
21	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	47
22	1-853.2	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Aszitespunktion	40
23	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	39
24	8-191.5	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband	38
25	5-452.21	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	38
26	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	36
27	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	31
28	3-035	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Blutgefäßsystems mit Auswertungen	25
29	3-05a	Ultraschall des Gewebes hinter der Bauchhöhle mit Zugang über die Speiseröhre	25
30	3-053	Ultraschall des Magens mit Zugang über die Speiseröhre	24

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	684
2	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	492
3	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	288
4	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	247
5	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	212
6	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	205
7	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	180
8	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	132
9	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	129
10	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	101

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Gastroenterologische, hepatologische und onkologische Sprechstunde
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
	Leistungen:
	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	VI35 - Endoskopie

B-[2].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	861
2	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	230
3	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	105
4	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	8
5	1-442	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Leber, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	6
6	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4
7	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	< 4

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	8,5	8,5	0	2,9	5,6	389,5
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,56	4,56	0	1,268	3,292	662,5
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Innere Medizin und SP Gastroenterologie
2	Innere Medizin
3	Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Geriatric
2	Palliativmedizin

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	15,98	15,98	0	0	15,98	136,5
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1	1	0	0	1	2181,0

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

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

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

	Zusatzqualifikationen
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
4	Kinästhetik
5	Wundmanagement

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Geriatrie
Straße:	Gartenstr.
Hausnummer:	21
PLZ:	74564
Ort:	Crailsheim
URL:	http://www.klinikum-crailsheim.de



Dr. med. Dipl. Geront. Norbert Andrejew

Die Zunahme des Durchschnittsalters der internistischen Patienten hat in den letzten Jahren dazu geführt, dass wir zunehmend im Bereich der **Geriatrie**, d.h. der Versorgung hochbetagter und multi-morbider Patienten (Patienten mit Erkrankungen mehrerer Organsysteme) tätig sind.

Für geriatrische Patienten ist neben der fachkundigen ärztlichen Betreuung eine systematische Heranführung an die Verrichtungen zur Bewältigung des Alltags erforderlich sowie die frühzeitige Organisation der Weiterbetreuung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, wobei hier die Zusammenarbeit mit unserem engagierten Sozialarbeiterteam ganz im Vordergrund steht.

Klinischer Schwerpunkt im Rahmen der medizinischen Versorgung alter Menschen im Landkreis Schwäbisch Hall ist Crailsheim. Chefarzt Dr. med. Dipl. Geront. Norbert Andrejew, Facharzt für Innere Medizin, klinische Geriatrie (Altersheilkunde) und Palliativmedizin leitet zusätzlich den geriatrischen Schwerpunkt am Diakonieklinikum Schwäbisch Hall mit vorwiegend beratender (konsiliarischer) Aufgabenstellung für die dortigen Fachabteilungen.

Das Zentrum für Altersheilkunde ist in Crailsheim die dritte Säule der Abteilung "Innere Medizin". Ziel ist, körperliche und seelische Leiden von Patienten mit weit fortgeschrittenen, unheilbaren Krankheiten zu lindern. Hochbetagte Menschen sollen möglichst lang in ihrer gewohnten Umgebung bleiben und daher nach einer Krankheit in ihre vertraute oder in eine betreute Umgebung zurückkehren können. Die Ärzte, das Pflegepersonal, die Therapeuten und der Sozialdienst bilden ein eingespieltes Team - wir verstehen uns als Partner der alten Menschen.

Ein Schwerpunkt der Abteilung ist die geriatrische Betreuung alterstraumatologischer Patienten im Landkreis. Hier besteht eine enge organisatorische und prozessorientierte Zusammenarbeit mit der chirurgischen Abteilung des Landkreisklinikums, wie auch mit der Klinik für Unfallchirurgie am Diakonieklinikum Schwäbisch Hall.

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(0100) Innere Medizin
2	(0190) Innere Medizin/ohne Diff. nach Schwerpunkten (II)
3	(0200) Geriatrie
4	(1600) Unfallchirurgie

B-[3].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Dipl. Geront. Norbert Andrejew, Chefarzt
Telefon:	07951 490463
Fax:	07951 490469
E-Mail:	info@klinikum-crailsheim.de

B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:	Ja
Erläuterungen:	Es werden mit allen Chefärztinnen und Chefarzten im Rahmen von Perspektivgesprächen jährliche Zielvereinbarungen geschlossen. Sie beziehen sich auf Qualitätsmerkmale in der Patientenversorgung, Entwicklung der Abteilung und sonstige Ziele.

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

	Medizinische Leistungsangebote
1	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
2	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
3	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
4	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
5	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
6	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
7	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
8	Palliativmedizin
9	Native Sonographie Abdomensonographie, Echokardiographie
10	Eindimensionale Dopplersonographie
11	Duplexsonographie
12	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen Videoendoskopische Schluckuntersuchung
13	Physikalische Therapie
14	Behandlung von Dekubitalgeschwüren

B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

	Aspekte der Barrierefreiheit
1	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe

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

Vollstationäre Fallzahl:	378
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	55
2	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	42
3	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	9
4	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	9
5	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	7
6	S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum	6
7	S32.89	Fraktur: Sonstige und multiple Teile des Beckens	6
8	S70.0	Prellung der Hüfte	5
9	S72.05	Schenkelhalsfraktur: Basis	5
10	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	5
11	S32.5	Fraktur des Os pubis	5

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
12	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	4
13	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	4
14	S32.81	Fraktur: Os ischium	4
15	S32.4	Fraktur des Acetabulums	4
16	S22.43	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen	4
17	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	< 4
18	E86	Flüssigkeitsmangel	< 4
19	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	< 4
20	D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)	< 4
21	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	< 4
22	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	< 4
23	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
24	M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	< 4
25	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	< 4
26	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	< 4
27	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	< 4
28	S82.81	Bimalleolarfraktur	< 4
29	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	< 4
30	N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	< 4

B-[3].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	126
2	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	28
3	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	22
4	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	14
5	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	12
6	S06	Verletzung des Schädellinneren	7
7	I50	Herzschwäche	7
8	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	7
9	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	7
10	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	6

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	230
2	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	111
3	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	99
4	9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	76

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
5	8-191.5	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband	69
6	3-035	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Blutgefäßsystems mit Auswertungen	66
7	9-200.0	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 43 bis 71 Aufwandspunkte	62
8	9-200.5	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 101 bis 129 Aufwandspunkte	53
9	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	43
10	9-200.6	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 130 bis 158 Aufwandspunkte	37
11	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	30
12	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	22
13	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	17
14	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	14
15	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	12
16	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	12
17	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	10
18	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	10
19	8-191.20	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband mit antiseptischen Salben: Ohne Debridement-Bad	9
20	9-200.7	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 159 bis 187 Aufwandspunkte	9
21	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	9
22	1-613	Bewertung des Schluckens mit Hilfe eines schlauchförmigen Instrumentes, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)	9
23	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	7
24	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	7
25	5-431.20	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode	6
26	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	6
27	8-191.10	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband: Ohne Debridement-Bad	6
28	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	5
29	9-200.8	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 188 bis 216 Aufwandspunkte	5
30	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	5

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	371
2	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	246
3	8-191	Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten	101
4	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	99
5	3-035	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Blutgefäßsystems mit Auswertungen	66
6	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	43
7	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	23
8	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	16
9	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	14
10	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	12

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[3].11 Personelle Ausstattung
B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	5,98	5,98	0	0	5,98	63,2
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3	3	0	0	3	126,0

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Innere Medizin

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Geriatrie
3	Notfallmedizin
4	Palliativmedizin
5	Medizinische Informatik

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	10,3	10,3	0	0	10,3	36,7
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0	0,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	5	5	0	0	5	75,6
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	3,65	3,65	0	0	3,65	103,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1	1	0	0	1	378,0

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

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

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

Zusatzqualifikationen	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Entlassungsmanagement
4	Geriatrie
5	Kinästhetik
6	Qualitätsmanagement
7	Wundmanagement

B-[4] Unfall-, Handchirurgie, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Unfall-, Handchirurgie, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie
Straße:	Gartenstr.
Hausnummer:	21
PLZ:	74564
Ort:	Crailsheim
URL:	http://www.klinikum-crailsheim.de



Dr. med. Martina Mittag-Bonsch

Die Chirurgie im Klinikum Crailsheim deckt ein breites Spektrum ab. Dies ist aufgrund der breitgefächerten Spezialausbildung der erfahrenen Mitarbeiter auf einem sehr hohen Niveau möglich. Neben den Routineeingriffen führen wir viele hochspezialisierte Eingriffe mit großer Erfahrung und bestem Erfolg durch.

In der Bauchchirurgie werden die meisten Eingriffe einschließlich bestimmter Darmoperationen in der Schlüssellochtechnik, **also laparoskopisch minimal-invasiv**, durchgeführt. Dabei arbeiten wir mit unseren internistischen Kollegen im Hause eng zusammen.

Einige Eingriffe werden auch synchron mit den Internisten in einem sogenannten Rendezvous-Verfahren durchgeführt.

Einen speziellen Schwerpunkt stellt die Chirurgie von Bauchwandbrüchen dar. Wir erfüllen die Qualitätskriterien von herniamed und haben das Gütesiegel bekommen und werden demnächst als anerkanntes Hernienzentrum zertifiziert.

In der **Schilddrüsenchirurgie** wird die kontinuierliche Nervenmessung, das sogenannte **Neuromonitoring** seit vielen Jahren mit Erfolg eingesetzt. Damit kann die theoretisch bestehende Gefahr eines möglichen Nervenschadens auf ein Minimum reduziert werden.

Unfallchirurgisch versorgen wir sämtliche Knochenbrüche, außer an der Wirbelsäule, nach dem neuesten Stand der Wissenschaft und Technik mit den neuesten Erkenntnissen der internationalen Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese (AO Trauma International).

Einen besonderen Schwerpunkt stellen die **Hand- und Fußchirurgie** dar. Viele dieser Eingriffe führen wir als ambulante Operationen durch.

In der großen Unfallambulanz sind wir als Durchgangsarzt für die Berufsgenossenschaften tätig.

Aufgrund unserer hohen Qualifikation als spezielle Unfallchirurgen und der modernen Ausstattung des Hauses sind wir für die stationäre Behandlung von berufsgenossenschaftlichen Unfällen (stationäres D-Arzt-Verfahren) und in der Handchirurgie für das VAV-Verfahren schwerer Handverletzungen zugelassen. Als Handchirurgie sind wir **Referenzklinik für berufsgenossenschaftliche handchirurgische Fälle**.

Die kontinuierliche Schmerztherapie ist seit 1998 etabliert mit dem Ziel der **schmerzfreien Operation**. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit der Anästhesie im Hause.

Spezielle Sprechstunden werden für folgende Themengebiete angeboten:

- Handchirurgie
- Fußchirurgie
- Berufsgenossenschaftliche Sprechstunde
- Viszeralchirurgische Sprechstunde
- Herniensprechstunde (Bauchwandbrüche)

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(1500) Allgemeine Chirurgie
2	(1516) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
3	(1523) Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
4	(1550) Allgemeine Chirurgie/Schwerp. Abdominal-/Gefäßchirurgie
5	(1551) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
6	(1600) Unfallchirurgie
7	(2300) Orthopädie
8	(2315) Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
9	(3757) Visceralchirurgie

B-[4].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Chefärztin Martina Mittag-Bonsch, Chefarzt
Telefon:	07951 490301
Fax:	07951 490302
E-Mail:	chirurgie@klinikum-crailsheim.de

B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:	Ja
Erläuterungen:	Es werden mit allen Chefärztinnen und Chefarzten im Rahmen von Perspektivgesprächen jährliche Zielvereinbarungen geschlossen. Sie beziehen sich auf Qualitätsmerkmale in der Patientenversorgung, Entwicklung der Abteilung und sonstige Ziele.

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Endokrine Chirurgie Schilddrüsenoperationen mit kleinem Schnitt und Neuromonitoring
2	Magen-Darm-Chirurgie Sämtliche routinemäßigen Darmoperationen: große Darmoperationen werden auch laparoskopisch, d.h. mit kleinen Schnitten durchgeführt
3	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie Mehr als 99 % der Gallenblasenoperationen werden laparoskopisch (mit kleinen Schnitten) durchgeführt
4	Tumorchirurgie Entsprechende interdisziplinäre Nachbehandlung mit onkologisch arbeitenden Internisten am Hause
5	Metall-/Fremdkörperentfernungen
6	Bandrekonstruktionen/Plastiken Arthroskopische Kreuzbandersatzplastik
7	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
8	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
9	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes Schulterchirurgie, inklusive Schulterstabilisierung bis hin zur Endoprothese, d.h. zum Schultergelenkersatz
12	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes Traumaversorgung nach dem Standard der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese und neuesten Erkenntnissen
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand Traumaversorgung nach dem Standard der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese und neuesten Erkenntnissen. Korrekturoperationen nach Handverletzungen. Einpflanzung von künstlichen Carbogelenken an den Fingern und am Handgelenk, Rheumachirurgie der Hand
14	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels Traumaversorgung nach dem Standard der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese und neuesten Erkenntnissen.
15	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels Traumaversorgung nach dem Standard der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese und neuesten Erkenntnissen. Die größte Zahl der Kniegelenkoperationen wird ambulant durchgeführt, inklusive der wiederherstellenden Bandoperationen (Kreuzbandchirurgie)
16	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes Weitere Schwerpunkte in der Fuß-chirurgie: Vorfußkorrektur bei Hallux valgus, Endoprothese, Keramik der Großzehe bei Hallux rigidus
17	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen Management von Handverletzungen mit wiederherstellenden Eingriffen der Sehnen, Handgelenksspiegelung mit arthroskopischer Operation, Nervenbefreiung bei Einengungen in mikrochirurgischer Technik, Handchirurgisch erfahrene Nachbehandlung mit Physiotherapie und Spezialschienen bei Bedarf
18	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen Auf der interdisziplinären Intensivstation (CT 24 Stunden möglich)
19	Minimalinvasive laparoskopische Operationen Auch bei großen Dickdarmoperationen, Spezialität: Laparoskopische Versorgung von Leistenhernien (TAPP) mit großer Fallzahl
20	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe Verschiebelappenplastik bei Dekubitalgeschwüren
21	Spezialsprechstunde Hände-, Varizen-, Coloskopie, Füße, BG, Viszeralchirurgie
22	Portimplantation
23	Amputationschirurgie

	Medizinische Leistungsangebote
24	Arthroskopische Operationen
25	Notfallmedizin
26	Diagnostik und Therapie von Arthropathien Gelenkersatz Schulter, Hüfte, Knie
27	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
28	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen Synovektomie der großen Gelenke bei Rheuma und chronischer Polyarthritis
29	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
30	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien Arthroskopische Behandlung der Osteochondrosis dissecans am Sprunggelenk und Kniegelenk
31	Spezialsprechstunde Hände, Varizen, Viszeralchirurgie, Coloskopie, BG, Füße
32	Fußchirurgie
33	Handchirurgie
34	Schulterchirurgie
35	Traumatologie

B-[4].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

	Aspekte der Barrierefreiheit
1	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe

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

Vollstationäre Fallzahl:	2819
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	225
2	S06.0	Gehirnerschütterung	221
3	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	96
4	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	93
5	S20.2	Prellung des Thorax	78
6	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	75
7	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	49
8	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	41
9	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	38
10	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	37
11	L03.10	Phlegmone an der oberen Extremität	36
12	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	35
13	L03.01	Phlegmone an Fingern	35

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
14	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	33
15	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	32
16	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	31
17	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	31
18	K80.01	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	29
19	S22.32	Fraktur einer sonstigen Rippe	28
20	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	25
21	A46	Wundrose - Erysipel	25
22	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	24
23	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	23
24	S70.0	Prellung der Hüfte	22
25	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	22
26	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	21
27	S52.50	Distale Fraktur des Radius: Nicht näher bezeichnet	21
28	S00.05	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung	21
29	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	20
30	K43.0	Hernia ventralis mit Einklemmung, ohne Gangrän	19

B-[4].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	246
2	S06	Verletzung des Schädelinneren	236
3	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	173
4	K40	Leistenbruch (Hernie)	166
5	K80	Gallensteinleiden	139
6	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone	128
7	S52	Knochenbruch des Unterarmes	115
8	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	95
9	K35	Akute Blinddarmentzündung	93
10	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	85

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	383
2	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	327
3	5-932.00	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung	197
4	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	154

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
5	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	140
6	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	136
7	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	135
8	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	110
9	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	108
10	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	101
11	5-869.1	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Weichteildebridement, schichtenübergreifend	96
12	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	90
13	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	80
14	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und Gelenken der Extremitäten	74
15	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	71
16	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	67
17	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	65
18	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	63
19	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	62
20	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	56
21	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	52
22	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	52
23	5-069.4	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation	52
24	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	44
25	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	40
26	5-896.1b	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion	37
27	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	35
28	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	35
29	5-063.0	Thyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	34
30	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	31

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	383
2	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	327
3	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	262
4	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	254
5	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	211
6	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	179
7	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	175
8	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	172
9	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	141
10	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	136

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	D-Arzt-Ambulanz und D-Arzt-Sprechstunde
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
	Leistungen:
	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
	VO16 - Handchirurgie
	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
2	Ermächtigungsambulanz Frau Dr. Mittag-Bonsch
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	Leistungen:
	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	VO15 - Fußchirurgie
	VO16 - Handchirurgie
3	Notfallambulanz
	Notfallambulanz (24h)
	Leistungen:
	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
4	Chirurgische Ambulanz
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	Leistungen:
	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes

B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Ja

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	13,61	13,61	0	5,51	8,1	348,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,93	5,93	0	2,372	3,558	792,3
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Orthopädie und Unfallchirurgie
2	Viszeralchirurgie
3	Allgemeinchirurgie

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Notfallmedizin
2	Spezielle Unfallchirurgie
3	Handchirurgie
4	Sportmedizin
5	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	10,13	10,13	0	0	10,13	278,3
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1	1	0	0	1	2819,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	3,65	3,65	0	0	3,65	772,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1	1	0	0	1	2819,0

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

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Operationsdienst
3	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

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

	Zusatzqualifikationen
1	Wundmanagement
2	Kinästhetik
3	Basale Stimulation
4	Schmerzmanagement
5	Qualitätsmanagement

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Orthopädie und Endoprothetik
Straße:	Gartenstr.
Hausnummer:	21
PLZ:	74564
Ort:	Crailsheim
URL:	http://www.klinikum-crailsheim.de



Dr. med. Jens Rossek

Die Behandlung von Fehlbildungen und Erkrankungen der Bewegungsorgane ist im Landkreis Schwäbisch Hall am Klinikum Crailsheim seit Mai 2011 in der Abteilung für **Orthopädie, Endoprothetik und Gelenkchirurgie** angesiedelt.

Chefarzt Dr. med. Jens Rossek hat sein medizinisches Handwerk an hervorragenden Kliniken von Grund auf gelernt und die Spezialisierung nicht über Zusatzqualifikationen erlangt. Durch seine langjährige Tätigkeit in einer Rheumaorthopädie deckt er ein Fachgebiet ab, das in der gesamten Region unterversorgt war.

Ein Schwerpunkt der Abteilung liegt in der Implantation von **Endoprothesen**. Zum Leistungsspektrum gehören endoprothetische, also Gelenkersatz-Operationen an Hüfte, Knie und Schulter. Operiert wird muskelschonend (minimal-invasiv) mit kleinen, aber nicht um jeden Preis winzigen Hautschnitten. Operiert wird nach einer Methode, die Bänder und Weichteile ausbalanciert und eine sehr korrekte Prothesenausrichtung erlaubt. So wird eine gute und stabile Führung beim Beugen und Strecken erhalten. Bei Hüftgelenk-OP's wird auf moderne, abriebarme Prothesen Wert gelegt. Die Qualität unserer Verfahren wurde durch ein externes Auditorenteam im Rahmen der Zertifizierung zum EndoProthetikZentrum bestätigt.

Sein weiteres Spezialgebiet sind **sportorthopädische Krankheitsbilder** und deren operative Versorgung. "Ziel jeder Behandlung und Operation ist, möglichst viel Beweglichkeit und damit Lebensqualität zurückzugewinnen", ist sein therapeutischer Ansatz. Erst wenn medikamentöse und andere therapeutische Verfahren nicht weiterhelfen, wird eine Operation ins Auge gefasst. Dieser Eingriff wird sehr individuell abgestimmt und mit dem Patienten erörtert. Bereits im Klinikum werden alle Therapien eingeleitet, die schnellstmöglich zu einem hohen Maß an Beweglichkeit und Selbständigkeit führen.

Im Einzelnen werden behandelt:

- Hüftgelenksarthrose (Coxarthrose)
- Hüftkopfnekrose
- Kniegelenksarthrose (Gonarthrose)
- Riss des vorderen Kreuzbandes
- Meniskusverletzungen
- Knorpelverletzungen / Knorpelerkrankungen
- Schulter-Engpass-Syndrom (Impingement-Syndrom)
- Schleimbeutelentzündung (Bursitis)
- Kalkschulter (Tendinosis calcarea)
- Schulterinstabilität (Luxation)
- Rotatorenmanschettenruptur
- Schultersteife
- Arthrose des Schultergelenkes (AC-Gelenksarthrose)
- Arthrose des Schultergelenkes (Omarthrose)
- Arthrose im Sprunggelenk
- Hallux valgus
- Hallux rigidus
- Krallenzehe

- Hammerzehe
- Schneiderballen (Kleinzehenballen, Bunionette)
- Metatarsalgie

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(1523) Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
2	(1600) Unfallchirurgie
3	(2300) Orthopädie
4	(2315) Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie

B-[5].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Jens Rossek, Chefarzt
Telefon:	07951 490371
Fax:	07951 490373
E-Mail:	info@klinikum-crailsheim.de

B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:

Ja

Erläuterungen:	Es werden mit allen Chefärztinnen und Chefarzten im Rahmen von Perspektivgesprächen jährliche Zielvereinbarungen geschlossen. Sie beziehen sich auf Qualitätsmerkmale in der Patientenversorgung, Entwicklung der Abteilung und sonstige Ziele.
-----------------------	---

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

	Medizinische Leistungsangebote
1	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
2	Endoprothetik
3	Minimalinvasive endoskopische Operationen Arthroskopie
4	Bandrekonstruktionen/Plastiken
5	Schulterchirurgie
6	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
7	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
10	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
11	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
12	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln

	Medizinische Leistungsangebote
14	Sportmedizin/Sporttraumatologie
15	Fußchirurgie
16	Spezialsprechstunde
17	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens akute Rückenschmerzen
18	Metall-/Fremdkörperentfernungen

B-[5].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

	Aspekte der Barrierefreiheit
1	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe

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

Vollstationäre Fallzahl:	690
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	168
2	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	113
3	M54.4	Lumboischialgie	73
4	M54.5	Kreuzschmerz	39
5	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	38
6	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	25
7	M20.1	Hallux valgus (erworben)	15
8	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	12
9	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	9
10	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	7
11	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	7
12	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	7
13	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	6
14	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	6
15	M23.22	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Innenmeniskus	6
16	M23.32	Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus	6
17	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet	6
18	M20.2	Hallux rigidus	6
19	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	6
20	M25.56	Gelenkschmerz: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	5
21	M19.01	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	5
22	M19.07	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	5

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
23	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	4
24	M54.14	Radikulopathie: Thorakalbereich	4
25	M54.6	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule	< 4
26	M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose	< 4
27	M87.05	Idiopathische aseptische Knochennekrose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	< 4
28	M54.12	Radikulopathie: Zervikalbereich	< 4
29	M19.97	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4
30	M47.26	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbalbereich	< 4

B-[5].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	182
2	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	134
3	M54	Rückenschmerzen	128
4	M75	Schulterverletzung	52
5	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	32
6	M20	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen	22
7	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	20
8	M19	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)	17
9	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	15
10	M25	Sonstige Gelenkkrankheit	9

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	196
2	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	124
3	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	104
4	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	42
5	5-805.7	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Naht	36
6	5-805.6	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Akromioplastik mit Durchtrennung des Ligamentum coracoacromiale	35
7	5-811.20	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Humero-glenoidalgelenk	33
8	5-822.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert	29
9	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)	29

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
10	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	24
11	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	22
12	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	22
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	21
14	5-829.h	Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannenbodenplastik am Hüftgelenk	19
15	5-783.0f	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Femur proximal	19
16	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	18
17	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	17
18	5-851.11	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Schulter und Axilla	17
19	5-855.71	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, primär: Schulter und Axilla	17
20	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	15
21	5-788.40	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 1. Zehenstrahles	12
22	5-788.00	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale I	12
23	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	10
24	5-808.b0	Arthrodese: Zehengelenk: Großzehengrundgelenk	9
25	5-788.5c	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, distal	9
26	5-786.2	Osteosyntheseverfahren: Durch Platte	8
27	5-810.51	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Akromioklavikulargelenk	8
28	5-811.30	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, total: Humero Glenoidgelenk	8
29	5-784.0k	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen: Tibia proximal	8
30	5-783.0h	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Femur distal	8

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	196
2	5-822	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	178
3	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	134
4	5-805	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks	71
5	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	54
6	5-788	Operation an den Fußknochen	51

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
7	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	42
8	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken	34
9	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	31
10	5-786	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	30

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Sprechstunde Orthopädie und Sportmedizin		
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)		
	Leistungen:		
	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien		
	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens		
	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln		
	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen		
	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien		
	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien		
	VO13 - Spezialsprechstunde		
	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie		

B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[5].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	137
2	5-788	Operation an den Fußknochen	39
3	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	34
4	5-814	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung	11
5	1-697	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung	10
6	5-808	Operative Gelenkversteifung	8
7	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	8
8	5-855	Nähen bzw. sonstige Operation an einer Sehne oder einer Sehnenscheide	< 4
9	5-859	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln	< 4
10	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	< 4

B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	3,54	3,54	0	1,04	2,5	276,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,95	2,95	0	0,885	2,065	334,1
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Orthopädie und Unfallchirurgie
2	Allgemeinchirurgie

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Sportmedizin

B-[5].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6	6	0	0	6	115,0

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

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Operationsdienst
3	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

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

	Zusatzqualifikationen
1	Kinästhetik
2	Schmerzmanagement
3	Wundmanagement
4	Basale Stimulation
5	Qualitätsmanagement

B-[6] Frauenklinik - Gynäkologie und Geburtshilfe
B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Frauenklinik - Gynäkologie und Geburtshilfe
Straße:	Gartenstr.
Hausnummer:	21
PLZ:	74564
Ort:	Crailsheim
URL:	http://www.klinikum-crailsheim.de



Die Hauptabteilung der Gynäkologie und Geburtshilfe begleitet Frauen in allen unterschiedlichen Lebensphasen, von Adoleszenz bis ins hohe Alter. Die individuelle Versorgung (auch im Notfall, 24 Stunden am Tag) von der Diagnosestellung zur Therapie und Nachsorge sowie eine umfassende Beratung stehen dabei im Mittelpunkt. In der Geburtshilfe erblicken jährlich rund 500 Babys in unserem Klinikum das Licht der Welt. Dabei ist es unser Ziel, eine individuelle und familienorientierte Geburtshilfe in entspannter und freundlicher Atmosphäre zu bieten mit einem Maximum an Sicherheit für Mutter und Kind. Das setzt einen Rund-um-die-Uhr Bereitschaftsdienst von Fachärzten der Gynäkologie und Geburtshilfe voraus.

Frau Dr. Monica Diac, Chefarztin der Frauenklinik

Die Zertifizierung als babyfreundliches Krankenhaus wurde 2016 abgeschlossen. Außerdem wurde die Abteilung im Jahr 2017 als Endometriosezentrum zertifiziert. Die Zertifizierung als Beckenbodenzentrum

gemeinsam mit dem Diakonie-Klinikum in Schwäbisch Hall wird für Ende 2017 angestrebt.

Das Geburtshilfe-Team besitzt einen reichhaltigen Erfahrungsschatz im Umgang mit Homöopathie, Akupunktur sowie Aromatherapie. Die Ärzte, Hebammen und Pflegekräfte arbeiten dabei Hand in Hand. Außerdem werden Entspannungsbäder für schwangere Frauen angeboten. Ihren Wünschen entsprechend sind verschiedene Gebärpositionen möglich (z.B. im Kreißbett oder auf dem Hocker). Auf Wunsch bieten wir auch die Wassergeburt in der Entbindungsbadewanne im neuen Kreißsaal an. Nach der Entbindung werden Mutter und Kind auf der Station betreut. Rooming-In ist selbstverständlich, d.h. Ihr Kind kann jederzeit bei Ihnen sein. Im Besonderen wird das Stillen sehr gefördert und in jeder Form unterstützt. Die Kranken- und Kinderkrankenschwestern bieten intensive Beratung und praktische Hilfe.

Im Rahmen der Schwangerenbetreuung besteht im Vorfeld die Möglichkeit, an Geburtsvorbereitungskursen teilzunehmen. Diese werden vom Hebammen-Team in unserem Klinikum geleitet. Die Mütter erhalten dabei Informationen zu den entsprechenden Geburtstechniken, Entspannungsübungen sowie über Möglichkeiten der schmerzfreien Geburt mittels Periduralanästhesie und lernen gleichzeitig das Team kennen. Ferner werden Informationen über mögliche Schwangerschaftsbeschwerden sowie eine richtige Ernährung während und nach der Schwangerschaft vermittelt. Hierzu sind auch die Partner der werdenden Mütter sehr herzlich eingeladen. Regelmäßige Kreißsaalführungen sowie weitere Kurse zum Thema Stillen, Rückbildungskurse und Rückbildungsgymnastik, Babymassagen u.v.m. runden das Bild ab.

Gynäkologie

In der operativen Gynäkologie werden alle standardmäßigen Behandlungen und Operationen erbracht. Die Abteilung ist eine anerkannte Beratungsstelle der Deutschen Kontinenz Gesellschaft, sowie Kooperationspartner des Brustzentrums sowie des gynäkologischen Krebszentrums Hohenlohe in Schwäbisch Hall. Dadurch kann ein sehr breites medizinisches Leistungsspektrum abgedeckt werden, einschließlich bösartige Erkrankungen der Brust und der Genitalorgane.

Bei gutartigen Gebärmutter- und Eierstockveränderungen werden als die schonendere Variante bevorzugt minimal-invasive Techniken eingesetzt. Per operative Laparoskopie (Bauchspiegelung) werden routinemäßig Hysterektomien, Entfernung von Zysten, Myomen, Endometriose oder Lösen von Verwachsungen durchgeführt. Per Hysteroskopie (Gebärmutterspiegelung) werden zB Myome und Polype entfernt oder die Gebärmschleimhaut verödet (Endometriumablation).

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Behandlung der Harninkontinenz und Beckenbodensenkung (Urogynäkologie) - hier werden eine umfassende Diagnostik im Rahmen einer speziellen Sprechstunde (Blasendruckmessung, Blasenspiegelung), individuelle Beratung und verschiedene konservative sowie operative Behandlungsmethode angeboten. Zur Inkontinenzchirurgie gehören spannungsfreie Schlingen (TVT/TOT Band), Harnröhrenunterspritzungen oder Anhebung des Blasenhalses. Zur Beckenbodenchirurgie werden verschiedene Methode angewendet, meistens vaginale oder laparoskopische, im Einzelfall abdominale Beckenbodenrekonstruktionen mit Eigengewebe oder mit Netzipplantat.

Auf der gynäkologischen Station stehen moderne 1-, 2- und 3 Bettzimmer jeweils mit Nasszellen und Fernseher am Bett zur Verfügung.

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	(2425) Frauenheilkunde
3	(2500) Geburtshilfe

B-[6].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Monica Diac, Chefärztin Frauenklinik
Telefon:	07951 490 651
Fax:	07951 490 681
E-Mail:	monica.diac@klinikum-crailsheim.de

B-[6].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:

Ja

Erläuterungen:	Es werden mit allen Chefärztinnen und Chefarzten im Rahmen von Perspektivgesprächen jährliche Zielvereinbarungen geschlossen. Sie beziehen sich auf Qualitätsmerkmale in der Patientenversorgung, Entwicklung der Abteilung und sonstige Ziele.
-----------------------	---

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

	Medizinische Leistungsangebote
1	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
2	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
3	Gynäkologische Chirurgie
4	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
5	Pränataldiagnostik und -therapie
6	Geburtshilfliche Operationen
7	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
8	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
9	Inkontinenzchirurgie
10	Spezialsprechstunde
11	Urogynäkologie
12	Endoskopische Operationen
13	Ambulante Entbindung
14	Betreuung von Risikoschwangerschaften
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
16	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
17	Versorgung von Mehrlingen
18	Neugeborenenenscreening

B-[6].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe

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

Vollstationäre Fallzahl: 1527

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	453
2	O80	Normale Geburt eines Kindes	215
3	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	45
4	O48	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht	42
5	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	41
6	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	39
7	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	39
8	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	31
9	O47.1	Frustrane Kontraktionen ab 37 oder mehr vollendeten Schwangerschaftswochen	30
10	O82	Geburt eines Kindes durch Kaiserschnitt	24
11	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	23
12	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	21
13	N81.1	Zystozele	21
14	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	20
15	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	20
16	O64.1	Geburtshindernis durch Beckenendlage	19
17	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	18
18	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	17
19	O00.1	Tubargravidität	14
20	O20.0	Drohender Abort	13
21	O65.4	Geburtshindernis durch Missverhältnis zwischen Fet und Becken, nicht näher bezeichnet	13
22	N81.6	Rektozele	13
23	N81.4	Uterovaginalprolaps, nicht näher bezeichnet	10
24	P59.9	Neugeborenenikterus, nicht näher bezeichnet	9
25	O81	Geburt eines Kindes mit Zange oder Saugglocke	9
26	O63.0	Protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode (bei der Geburt)	9
27	D27	Gutartiger Eierstocktumor	8
28	N85.0	Glanduläre Hyperplasie des Endometriums	8
29	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	8
30	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	8

B-[6].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Neugeborene	454
2	O80	Normale Geburt eines Kindes	215
3	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	91
4	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	53
5	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	49
6	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	46
7	O70	Dammriss während der Geburt	43
8	O48	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht	42
9	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	38
10	O47	Wehen, die nicht zur Eröffnung des Muttermundes beitragen - Unnütze Wehen	35

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-242	Messung des Hörvermögens - Audiometrie	365
2	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	302
3	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	200
4	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	198
5	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	139
6	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	90
7	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	87
8	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	85
9	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	76
10	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovarektomie: Vaginal	72
11	5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	62
12	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	60
13	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	58
14	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	54
15	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	53
16	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	49
17	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	42
18	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	36
19	5-932.1	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material	34
20	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	34

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
21	5-704.4e	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal, ohne alloplastisches Material, mit Fixation an den Ligg. sacrouterina	33
22	5-728.1	Vakuummentbindung: Aus Beckenmitte	31
23	5-593.20	Transvaginale Suspensionsooperation [Zügeloperation]: Mit alloplastischem Material: Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)	28
24	5-704.4f	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal, ohne alloplastisches Material, mit Fixation am Lig. sacrospinale oder Lig. sacrotuberale	25
25	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	22
26	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	21
27	5-681.53	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation	21
28	5-728.0	Vakuummentbindung: Aus Beckenausgang	20
29	8-515	Entbindung unter Zuhilfenahme bestimmter Handgriffe	17
30	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	17

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	500
2	1-242	Messung des Hörvermögens - Audiometrie	365
3	5-704	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide	268
4	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	200
5	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	178
6	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	139
7	5-740	Klassischer Kaiserschnitt	120
8	5-683	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	93
9	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spalraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	87
10	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	72

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Ermächtigungsambulanz Dr. Diac
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	Leistungen:
	VG19 - Ambulante Entbindung
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	VG05 - Endoskopische Operationen

1	Ermächtigungsambulanz Dr. Diac
	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
	VG07 - Inkontinenzchirurgie
2	Notfallambulanz
	Notfallambulanz (24h)
	Leistungen:
	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
	VG06 - Gynäkologische Chirurgie

B-[6].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[6].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter Schleimhaut ohne operativen Einschnitt	78
2	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	69
3	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	13
4	1-472	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Gebärmutterhals ohne operativen Einschnitt	4
5	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung	< 4
6	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	< 4
7	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4

B-[6].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	4,13	4,13	0	1,63	2,5	610,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,72	3,72	0	1,32	2,4	636,3
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

Zusätzlich wurden Honorarärzte zur Dienstbesetzung, insbesondere am Wochenende, eingesetzt.

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[6].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,85	5,85	0	0	5,85	261,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,95	1,95	0	0	1,95	783,1
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,75	1,75	0	0,1	1,65	925,5
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres						254,5

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

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Operationsdienst

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

	Zusatzqualifikationen
1	Kinästhetik
2	Schmerzmanagement
3	Qualitätsmanagement
4	Kontinenzmanagement

B-[7] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Straße:	Gartenstr.
Hausnummer:	21
PLZ:	74564
Ort:	Crailsheim
URL:	http://www.klinikum-crailsheim.de



Die Abteilung für **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde** wird von den ortsansässigen Fachärzten Herrn Dr. med. G. Gropper und Herrn Dr. med. T. Scharf geführt. Damit ist eine enge Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung gewährleistet.



Dr. med. Gunther Gropper

Dr. med. Thomas Scharf

Das Hals-Nasen-Ohren-Fachgebiet umfasst Erkrankungen des Außen-, Mittel- und Innenohrs, der Nase und der Nasennebenhöhlen einschließlich der Schädelbasis sowie die oberen Atemwege mit Rachen, Kehlkopf und Speiseröhre ebenso alle Krankheiten, die das Gesicht und die Halsweichteile betreffen. Das gesamte HNO-Spektrum wird erfasst und therapiert. Für größere operative Eingriffe (z.B. Tumorleiden) besteht eine enge Kooperation mit den umliegenden Universitätskliniken. Das Spektrum reicht von **Mund- und Rachenoperationen** (Mandeln, Polypen) und **Ohroperationen** (Paukenröhrchen) bis zu aufwendigen **plastischen Eingriffen an der Nase** (Nasenscheidewandverkrümmung und Veränderungen der äußeren Nase) und **Nasennebenhöhlenoperationen**. Ein Teil der Eingriffe kann auch ambulant durchgeführt werden.

Des Weiteren werden Patientinnen/Patienten anderer Abteilungen auf diagnostischem und therapeutischem Gebiet bei **Schwindel, akuten Hörstörungen, Erkrankungen der Halslymphknoten** sowie obstruktiven **Atemwegserkrankungen** mitbehandelt.

Die häufigsten Eingriffe bei Kindern sind Mandeloperationen, Polypenentfernungen und gehörverbessernde Ohr-Operationen. Erwachsene mit ausgeprägter Nasenatmungsbehinderung sowie Formveränderungen der Nase und chronischen **Nasennebenhöhlenentzündungen** werden ebenfalls operativ versorgt.

In der HNO-Abteilung werden sämtliche akuten und chronischen Erkrankungen im Fachgebiet diagnostisch abgeklärt und behandelt, wobei aufgrund der Verzahnung zwischen der Arztpraxis und unserem Klinikum der Schwerpunkt hier in der operativen Versorgung liegt.

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[7].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Gunther Gropper, Belegarzt
Telefon:	07951 490420
Fax:	07951 490429
E-Mail:	info@klinikum-crailsheim.de

B-[7].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:

Keine Vereinbarung geschlossen

Erläuterungen:	Die HNO ist eine Belegabteilung. Mit Belegärzten werden keine Jahresziele vereinbart.
-----------------------	---

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

	Medizinische Leistungsangebote
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
4	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
6	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
11	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
	Diagnostik und Therapieeinleitung
12	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
	Diagnostik und Therapieeinleitung
13	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
14	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
	Diagnostik und Therapieeinleitung
15	Schnarchoperationen
16	Diagnostik und Therapie von Allergien

B-[7].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 164

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	106
2	J33.8	Sonstige Polypen der Nasennebenhöhlen	30
3	J32.4	Chronische Pansinusitis	13
4	S02.2	Nasenbeinfraktur	< 4
5	J37.0	Chronische Laryngitis	< 4
6	J38.4	Larynxödem	< 4
7	J39.88	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der oberen Atemwege	< 4
8	L71.1	Rhinophym	< 4
9	J34.3	Hypertrophie der Nasenmuscheln	< 4
10	J32.8	Sonstige chronische Sinusitis	< 4
11	C32.2	Bösartige Neubildung: Subglottis	< 4
12	J32.2	Chronische Sinusitis ethmoidalis	< 4
13	D38.0	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Larynx	< 4
14	J22	Akute Entzündung der unteren Atemwege, vom Arzt nicht näher bezeichnet	< 4
15	J38.1	Polyp der Stimmlippen und des Kehlkopfes	< 4

B-[7].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	107
2	J33	Nasenpolyp	30
3	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	15
4	J38	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes	< 4
5	J37	Anhaltende (chronische) Entzündung des Kehlkopfes bzw. der Luftröhre	< 4
6	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	< 4
7	J39	Sonstige Krankheit der oberen Atemwege	< 4
8	D38	Tumor des Mittelohres, der Atmungsorgane bzw. von Organen im Brustkorb ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	< 4
9	C32	Kehlkopfkrebs	< 4
10	L71	Akneähnlichen Rötungen und Knoten im Gesichtsbereich - Rosazea	< 4

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	145
2	5-215.4	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Lateralisation	142
3	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	137

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
4	5-211.41	Inzision der Nase: Durchtrennung von Synechien: Mit Einnähen von Septumstützfolien	125
5	5-214.70	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit lokalen autogenen Transplantaten (Austauschplastik)	123
6	1-612	Untersuchung der Nase durch eine Spiegelung	83
7	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	41
8	5-983	Erneute Operation	11
9	1-245	Messung der Nasendurchgängigkeit	8
10	5-222.0	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Infundibulotomie	6
11	1-610.1	Diagnostische Laryngoskopie: Indirekt	5
12	5-300.7	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Stripping einer Stimmlippe, mikrolaryngoskopisch	3
13	5-214.0	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Submuköse Resektion	3
14	5-300.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch	3
15	5-221.6	Operationen an der Kieferhöhle: Endonasal	2
16	5-273.5	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Lippe	2
17	5-214.4	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Verschluss einer Septumperforation mit Schleimhaut-Verschiebelappen	2
18	1-611.1	Diagnostische Pharyngoskopie: Indirekt	1
19	5-217.0	Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase: Nasensteg	1
20	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	1
21	5-214.71	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit distalen autogenen Transplantaten (z.B. Rippenknorpel)	1
22	1-610.0	Diagnostische Laryngoskopie: Direkt	1
23	5-218.21	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels und Knochens: Mit distalen autogenen Transplantaten	1
24	5-216.1	Reposition einer Nasenfraktur: Offen, endonasal	1
25	1-421.2	Biopsie ohne Inzision am Larynx: Subglottis	1
26	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	1
27	5-300.0	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, endolaryngeal	1
28	1-421.1	Biopsie ohne Inzision am Larynx: Glottis	1
29	5-211.0	Inzision der Nase: Drainage eines Septumhämatoms	1
30	5-316.2	Rekonstruktion der Trachea: Verschluss eines Tracheostoma	1

B-[7].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	287
2	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	266
3	5-211	Operativer Einschnitt in die Nase	127
4	1-612	Untersuchung der Nase durch eine Spiegelung	83
5	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	41
6	5-983	Erneute Operation	11
7	1-245	Messung der Nasendurchgängigkeit	8
8	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	7
9	1-610	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung	6
10	5-222	Operation am Siebbein bzw. an der Keilbeinhöhle	6

B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-[7].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	74
2	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	72
3	5-184	Operative Korrektur absteigender Ohren	5
4	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	5
5	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	< 4
6	5-250	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Zunge	< 4
7	5-202	Operativer Einschnitt in den Warzenfortsatz bzw. das Mittelohr	< 4
8	5-260	Operativer Einschnitt bzw. Eröffnen einer Speicheldrüse oder eines Speicheldrüsenausführungsganges, z.B. zur Entfernung eines Speichelsteines	< 4
9	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	< 4
10	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	< 4

B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Ja

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0
---	---

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	0	0	0	0	0	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0	0	0	0	0	0,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2					82,0

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

B-[7].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4	4	0	0	4	41,0

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

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Operationsdienst

B-[7].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Kinästhetik
2	Schmerzmanagement
3	Qualitätsmanagement

B-[8] Anästhesiologie und Intensivmedizin

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Anästhesiologie und Intensivmedizin
Straße:	Gartenstr.
Hausnummer:	21
PLZ:	74564
Ort:	Crailsheim
URL:	http://www.klinikum-crailsheim.de



Alle stationären und ambulanten Narkosen des Klinikums werden von Ärzten der Anästhesieabteilung durchgeführt. Die Abteilung ist mit langjährig erfahrenen Fachärzten besetzt. Die jeweilige Behandlung wird individuell zum geplanten Eingriff abgestimmt - auch die persönlichen Anliegen der Patienten werden miteinbezogen. Es kommen alle gängigen Formen der Allgemeinanästhesie (Masken-, Kehlkopf-masken-, Intubationsnarkosen) zur Anwendung. Auch regionale Betäubungsverfahren wie rückenmarksnahe Leitungsanästhesien (Spinal- bzw. Periduralanästhesien) und selektive Betäubungsformen des Armes in Form von Plexus- oder i.v.-Regionalanästhesien werden häufig angewendet.

Dr. med. Rüdiger Harle, MHBA

Schmerzen sind nicht nur quälend, sondern behindern den Genesungsprozess. Deshalb legen wir besonderen Wert auf eine effektive Schmerztherapie - auch über den ersten postoperativen Tag hinaus. Neben dem Einsatz üblicher schmerzlindernder Medikamente in Form eines exakt strukturierten "Schmerz-Stufenschemas" verwenden wir spezielle schmerztherapeutische Verfahren. Dies sind beispielsweise verschiedene Schmerzkatheter, die eine Art Teilbetäubung aufrechterhalten und somit Schmerzfreiheit bei klarem Bewusstsein schaffen.

Die verschiedenen Verfahren werden bei Bedarf miteinander kombiniert. Ziel ist die stressfreie Operation und die postoperative Schmerzfreiheit, um optimale Heilungsvoraussetzungen zu schaffen.

Täglich erfolgt für die stationären Patienten mit Schmerzkatheter und besonderer Schmerztherapie eine Schmerzvisite.

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3600) Intensivmedizin
2	(3601) Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
3	(3618) Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
4	(3650) Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
5	(3753) Schmerztherapie

B-[8].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Herrn Rüdiger Harle, MHBA, Chefarzt
Telefon:	07951 490454
Fax:	07951 490155
E-Mail:	anaesthesieabteilung@klinikum-crailsheim.de

B-[8].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:

Ja

Erläuterungen:	Es werden mit allen Chefärztinnen und Chefarzten im Rahmen von Perspektivgesprächen jährliche Zielvereinbarungen geschlossen. Sie beziehen sich auf Qualitätsmerkmale in der Patientenversorgung, Entwicklung der Abteilung und sonstige Ziele.
-----------------------	---

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

	Medizinische Leistungsangebote
1	Intensivmedizin Beatmung, dilatative Tracheotomie, Nierenersatzverfahren, Bronchoskopie, Sonographie mit TEE, Periduralkatheter, Herzzeitvolumenmessung
2	Schmerztherapie Medikamentöse Schmerztherapie, PCA-Schmerzpumpen, Nervenschmerzkateter, Schmerzmessung, tägliche Schmerzvisite
3	Anästhesie alle Verfahren der Vollnarkosen, Regionalanästhesietechniken und Kombinationsnarkosen
4	Notfallmedizin Organisation und Strukturierung des Notarztdienstes
5	Chirurgische Intensivmedizin
6	Notfallmedizin

B-[8].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe

B-[8].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[8].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

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

B-[8].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	9,17	9,17	0	3,67	5,5	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,34	6,34	0	1,64	4,7	0,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	
1	Anästhesiologie

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Intensivmedizin Spezielle anästhesiologische Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Spezielle Schmerztherapie

B-[8].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	
---	--

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

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

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

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

	Zusatzqualifikationen
1	Wundmanagement
2	Basale Stimulation
3	Kinästhetik
4	Schmerzmanagement

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

Abteilungsart:	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Radiologie
Straße:	Gartenstr.
Hausnummer:	21
PLZ:	74564
Ort:	Crailsheim
URL:	http://www.klinikum-crailsheim.de

Nahezu alle radiologischen Untersuchungen der stationäre und ambulanten Patienten werden im Klinikum Crailsheim von den beiden im Haus gelegenen radiologischen Praxen erbracht. Diese decken damit die konventionelle Röntgendiagnostik, die Mammographie, die Computertomographie und auch die Magnetresonanztomographie ab. Weiterhin wird die Notfallversorgung des Krankenhauses gewährleistet, also die Sicherstellung von radiologischer Diagnostik in der Nacht, an Wochenenden und

Feiertagen.

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3751) Radiologie

B-[9].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. Reinhard Tomczak, Leiter der Radiologie
Telefon:	07951 46464
Fax:	07951 46465
E-Mail:	radiologie@klinikum-crailsheim.de

B-[9].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:	Keine Vereinbarung geschlossen
Erläuterungen:	Die Radiologie ist eine eigenständig geführte Praxis in den Räumlichkeiten des Krankenhauses. Jahresziele werden nicht vereinbart.

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

	Medizinische Leistungsangebote
1	Konventionelle Röntgenaufnahmen
2	Computertomographie (CT), nativ
3	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
4	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
5	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
6	Teleradiologie
7	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
8	Phlebographie
9	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)

B-[9].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[9].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

B-[9].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe
B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[9].11 Personelle Ausstattung
B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	53,16	53,16	0	18,08	35,08	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	30,9	30,9	0	9,24	21,66	0,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2					0,0

B-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
1	Radiologie
2	Nuklearmedizin

B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[9].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse
B-[9].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

C Qualitätssicherung

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

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
1	Herzschrittmacherversor Herzschrittmacher- Implantation (09/1)	54	100
2	Herzschrittmacherversor Aggregatwechsel (09/2)	6	100
3	Herzschrittmacherversor Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	11	100
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation (09/6)	4	100
7	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	103	100
8	Geburtshilfe (16/1)	497	100
9	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	40	100
10	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	176	93,2
11	Hüftendoprothesenverso (HEP)	187	100
12	Hüftendoprothesenverso Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	176	100

	Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
13	Hüftendoprothesenversc Hüft- Endoprothesenwechsel und - komponentenwechsel (HEP_WE)	14	100
14	Knieendoprothesenversc (KEP)	179	100
15	Knieendoprothesenversc : Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	175	100
16	Knieendoprothesenversc : Knieendoprothesenwech und -komponentenwechsel (KEP_WE)	4	100
17	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	198	100,5

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

C-1.2.A Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden

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

Komplikationen während oder aufgrund der Operation		
	Kennzahl-ID	1103
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		—
Vertrauensbereich		—
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		0,8
Referenzbereich (bundesweit)		= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich		0,74 % - 0,87 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse		(Datenschutz)
Grundgesamtheit		(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt		
Kennzahl-ID		51191
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 9,89 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1,07
Referenzbereich (bundesweit)	= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,13 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,36
Grundgesamtheit	54
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Dauer der Operation	
Kennzahl-ID	52128
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	90,74 %
Vertrauensbereich	80,09 % - 95,98 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	86,95
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	86,71 % - 87,18 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	49
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	54
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden	
Kennzahl-ID	52305
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	97,83 %
Vertrauensbereich	94,54 % - 99,15 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	95,5
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,42 % - 95,57 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	180
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	184
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde	
Kennzahl-ID	52311
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 6,64 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1,32
Referenzbereich (bundesweit)	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,24 % - 1,4 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	54
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem	
Kennzahl-ID	54140
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	95,74 %
Vertrauensbereich	85,75 % - 98,83 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	96,9
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,77 % - 97,03 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	45
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	47
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte

Kennzahl-ID	54143
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 7,56 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,84
Referenzbereich (bundesweit)	= 10,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,77 % - 0,91 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	47
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Dauer der Operation bis 45 Minuten	
Kennzahl-ID	210
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	83,33 %
Vertrauensbereich	43,65 % - 96,99 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	94,62
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	94,28 % - 94,93 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
Kennzahl-ID	1096
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		0 %
Vertrauensbereich		0 % - 39,03 %
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		0,12
Referenzbereich (bundesweit)		= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich		0,08 % - 0,19 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		6
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts		
Kennzahl-ID		51398
Leistungsbereich		Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Zu beachten ist, dass dieses nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		0 %
Vertrauensbereich		0 % - 39,03 %
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		0,19
Referenzbereich (bundesweit)		Sentinel-Event
Vertrauensbereich		0,14 % - 0,27 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		6
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden		
Kennzahl-ID		52307
Leistungsbereich		Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	85,69 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	97,03
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,15 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	23
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	23
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Kennzahl-ID	1089
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,72
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,58 % - 0,89 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	51404
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1,31
Referenzbereich (bundesweit)	= 9,00 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,14 % - 1,52 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden	
Kennzahl-ID	52315
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,98
Referenzbereich (bundesweit)	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,78 % - 1,22 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers	
Kennzahl-ID	50004
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		100 %
Vertrauensbereich		74,12 % - 100 %
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		94,42
Referenzbereich (bundesweit)		>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich		94,15 % - 94,68 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		11
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		11
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers		
Kennzahl-ID		50005
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	74,12 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	95,68
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,44 % - 95,91 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	11
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
Kennzahl-ID	50017
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		0 %
Vertrauensbereich		0 % - 25,88 %
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		0,63
Referenzbereich (bundesweit)		= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich		0,55 % - 0,73 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		11
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt		
Kennzahl-ID		51186
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 16,03 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1,05
Referenzbereich (bundesweit)	= 5,80 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,22 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,18
Grundgesamtheit	11
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Dauer der Operation	
Kennzahl-ID	52129
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	74,12 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	88,49
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	88,11 % - 88,86 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	11
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden	
Kennzahl-ID	52316
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	90,36 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	95,64
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,51 % - 95,77 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	36
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	36
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde

Kennzahl-ID	52325
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 25,88 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,71
Referenzbereich (bundesweit)	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,62 % - 0,82 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	11
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Dauer der Operation bis 60 Minuten

Kennzahl-ID	50025
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	93,62
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	93,15 % - 94,06 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
Kennzahl-ID	50030
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		—
Vertrauensbereich		—
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		0,18
Referenzbereich (bundesweit)		= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich		0,12 % - 0,28 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse		(Datenschutz)
Grundgesamtheit		(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts		
Kennzahl-ID		50031
Leistungsbereich		Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.	
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt	0,21	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event	
Vertrauensbereich	0,14 % - 0,31 %	
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden		
Kennzahl-ID	52321	
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses

Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	79,61 % - 100 %

Bundesergebnis

Bundesdurchschnitt	98,24
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	98,13 % - 98,34 %

Fallzahl

Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	15

Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Kennzahl-ID	50041
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses

Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %

Bundesergebnis

Bundesdurchschnitt	0,96
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,78 % - 1,18 %

Fallzahl

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4

Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen

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

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	51196
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 113,59 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,83 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,85 % - 1,15 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,02
Grundgesamtheit	4
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Ein Problem, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht, als angebrachter Grund für eine erneute Operation	
Kennzahl-ID	52001
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 21,53 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	3,43
Referenzbereich (bundesweit)	= 6,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	3,26 % - 3,62 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	14
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Infektion als angebrachter Grund für eine erneute Operation	
Kennzahl-ID	52002
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 21,53 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,58
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,52 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,51 % - 0,66 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	14
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden	
Kennzahl-ID	52324
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,61
Referenzbereich (bundesweit)	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,45 % - 0,82 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4

Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Technische Probleme mit dem Herzschrittmacher als angebrachter Grund für eine erneute Operation	
Kennzahl-ID	52328
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	3,43
Referenzbereich (bundesweit)	= 8,58 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	3,25 % - 3,61 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung

Kennzahl-ID	612
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses

Ergebnis (Einheit)	94,44 %
Vertrauensbereich	74,24 % - 99,01 %

Bundesergebnis

Bundesdurchschnitt	91,03
Referenzbereich (bundesweit)	>= 79,11 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	90,72 % - 91,33 %

Fallzahl

Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	18

Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen

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

Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung	
Kennzahl-ID	10211
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 25,88 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	11,51
Referenzbereich (bundesweit)	= 20,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	11,03 % - 12,01 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	11
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken	
Kennzahl-ID	12874
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		0 %
Vertrauensbereich		0 % - 14,87 %
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		1,33
Referenzbereich (bundesweit)		= 5,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich		1,22 % - 1,45 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		22
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie bei Patientinnen ohne bösartigen Tumor, gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut oder Voroperation im umliegenden Operationsgebiet		
Kennzahl-ID		51418
Leistungsbereich		Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		0 %
Vertrauensbereich		0 % - 6,53 %
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		0,38
Referenzbereich (bundesweit)		Sentinel-Event
Vertrauensbereich		0,33 % - 0,43 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		55
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt		
Kennzahl-ID		51906
Leistungsbereich		Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 14,38 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,94
Referenzbereich (bundesweit)	= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,88 % - 1,01 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,25
Grundgesamtheit	61
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund nach Gewebeuntersuchung

Kennzahl-ID	51907
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	15,08
Referenzbereich (bundesweit)	= 28,46 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	14,54 % - 15,64 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Blasenkatheter länger als 24 Stunden

Kennzahl-ID	52283
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		0 %
Vertrauensbereich		0 % - 5,27 %
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		3,12
Referenzbereich (bundesweit)		= 6,85 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich		3,02 % - 3,23 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		69
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren		
Kennzahl-ID		52535
Leistungsbereich		Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		24,3
Referenzbereich (bundesweit)		Sentinel-Event
Vertrauensbereich		20,33 % - 28,77 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr		N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar / Erläuterung		
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle		Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten		
Kennzahl-ID		318
Leistungsbereich		Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	96,06
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,82 % - 96,29 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen)	
Kennzahl-ID	321
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		—
Vertrauensbereich		—
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		0,21
Referenzbereich (bundesweit)		Nicht definiert
Vertrauensbereich		0,2 % - 0,22 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse		(Datenschutz)
Grundgesamtheit		(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr		N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung)		
Kennzahl-ID		330
Leistungsbereich		Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		96,26
Referenzbereich (bundesweit)		>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich		95,82 % - 96,66 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr		N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar / Erläuterung		
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle		Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten		
Kennzahl-ID		1058
Leistungsbereich		Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 29,91 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,32
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,23 % - 0,45 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	9
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Vorbeugende Gabe von Antibiotika während des Kaiserschnitts	
Kennzahl-ID	50045
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	97,44 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	98,72
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,67 % - 98,77 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	146
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	146
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	51181
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,09 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,96 % - 1,01 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	51397
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1,01
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,96 % - 1,06 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand

Kennzahl-ID	51803
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

Bundesergebnis

Bundesdurchschnitt	0,97
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,94 % - 0,99 %

Fallzahl

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

Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Übersäuerung des Blutes bei Frühgeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	51831
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 64,71 %

Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1
Referenzbereich (bundesweit)	= 5,02 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,9 % - 1,12 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05
Grundgesamtheit	14
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Kaiserschnittgeburten - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	52249
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	1,06
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,21 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich (bundesweit)	= 1,27 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,98 % - 0,99 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	146
Erwartete Ereignisse	138,01
Grundgesamtheit	496
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet

Kennzahl-ID	54030
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	19,66
Referenzbereich (bundesweit)	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	19,34 % - 19,98 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Vorbeugende Gabe von Antibiotika

Kennzahl-ID	54031
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		100 %
Vertrauensbereich		91,24 % - 100 %
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		99,52
Referenzbereich (bundesweit)		>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich		99,47 % - 99,58 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		40
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		40
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt		
Kennzahl-ID		54033
Leistungsbereich		Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	1,15
Vertrauensbereich	0,54 % - 2,21 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,27 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,02 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	5,22
Grundgesamtheit	37
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	54036
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 11,64 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,83
Referenzbereich (bundesweit)	= 4,30 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,76 % - 0,91 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,3
Grundgesamtheit	40
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Infektion der Operationswunde - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	54038
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 12,21 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,92
Referenzbereich (bundesweit)	= 3,14 (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,83 % - 1,01 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,29
Grundgesamtheit	40
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bund

Kennzahl-ID	54040
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 6,65 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,87
Referenzbereich (bundesweit)	= 3,72 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,81 % - 0,95 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,53
Grundgesamtheit	40
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Allgemeine Komplikationen während oder aufgrund der Hüftgelenkerhaltenden Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	54042
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 1,34 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,95
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,92 % - 0,98 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,61
Grundgesamtheit	40
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	54046
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,98
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,00 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,94 % - 1,01 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	52009
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0,79
Vertrauensbereich	0,54 % - 1,17 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,95
Referenzbereich (bundesweit)	= 1,95 (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,94 % - 0,96 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	31,53
Grundgesamtheit	9147
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben

Kennzahl-ID	52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 0,04 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,01
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	9147
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

Kennzahl-ID	54001
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	95,49 %
Vertrauensbereich	90,51 % - 97,92 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	96,54
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,45 % - 96,63 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	127
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	133
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	
Kennzahl-ID	54002
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	78,47 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	93,02
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,71 % - 93,32 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	14
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
Kennzahl-ID	54003
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	17,46
Referenzbereich (bundesweit)	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	17,15 % - 17,78 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden	
Kennzahl-ID	54004
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	95,62 %
Vertrauensbereich	90,77 % - 97,98 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	92,87
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,75 % - 92,99 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	131
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	137
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vorbeugende Gabe von Antibiotika	
Kennzahl-ID	54005
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		99,47 %
Vertrauensbereich		97,08 % - 99,91 %
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		99,79
Referenzbereich (bundesweit)		>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich		99,77 % - 99,81 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		189
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		190
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus		
Kennzahl-ID		54010
Leistungsbereich		Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		98,5 %
Vertrauensbereich		94,68 % - 99,59 %
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		97,98
Referenzbereich (bundesweit)		>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich		97,91 % - 98,04 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		131
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		133
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt		
Kennzahl-ID		54012
Leistungsbereich		Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0,7
Vertrauensbereich	0,3 % - 1,59 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,91
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,15 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,89 % - 0,93 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	7,18
Grundgesamtheit	179
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben

Kennzahl-ID	54013
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren wird für alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesenimplantation die jeweils erwartete Sterbewahrscheinlichkeit berechnet. Unter den verstorbenen Patientinnen und Patienten werden die 10 % mit der geringsten Sterbewahrscheinlichkeit ermittelt und als Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit" festgelegt. Dieser Indikator bezieht sich ausschließlich auf Todesfälle bei diesen Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 2,48 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,2
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	151
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
---------------------------------------	---------------

Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet

Kennzahl-ID	54015
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 8,2 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	11,53
Referenzbereich (bundesweit)	= 25,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	11,27 % - 11,79 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	43
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen

Kennzahl-ID	54016
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 2,81 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1,77
Referenzbereich (bundesweit)	= 6,35 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,71 % - 1,83 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	133
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten

Kennzahl-ID	54017
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		0 %
Vertrauensbereich		0 % - 21,53 %
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		6,16
Referenzbereich (bundesweit)		= 19,17 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich		5,87 % - 6,46 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		14
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet		
Kennzahl-ID		54018
Leistungsbereich		Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	4,42
Referenzbereich (bundesweit)	= 11,55 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,26 % - 4,59 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen	
Kennzahl-ID	54019
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	2,37
Referenzbereich (bundesweit)	= 8,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,3 % - 2,44 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten	
Kennzahl-ID	54120
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	10,19
Referenzbereich (bundesweit)	= 23,95 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	9,83 % - 10,56 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	
Kennzahl-ID	54020
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	96,25 %
Vertrauensbereich	92,06 % - 98,27 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	97,43
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,34 % - 97,51 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	154
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	160
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks	
Kennzahl-ID	54021
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	93,33 %
Vertrauensbereich	70,18 % - 98,81 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	94,25
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,91 % - 94,57 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	15
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	
Kennzahl-ID	54022
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	91,02
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	90,6 % - 91,43 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Vorbeugende Gabe von Antibiotika	
Kennzahl-ID	54023
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		99,44 %
Vertrauensbereich		96,9 % - 99,9 %
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		99,75
Referenzbereich (bundesweit)		>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich		99,73 % - 99,77 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		178
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		179
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus		
Kennzahl-ID		54026
Leistungsbereich		Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		95,4 %
Vertrauensbereich		91,19 % - 97,65 %
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		92,03
Referenzbereich (bundesweit)		>= 80,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich		91,9 % - 92,16 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		166
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		174
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt		
Kennzahl-ID		54028
Leistungsbereich		Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,72
Referenzbereich (bundesweit)	= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,67 % - 0,76 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
Kennzahl-ID	2005
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		99,5 %
Vertrauensbereich		97,21 % - 99,91 %
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		98,33
Referenzbereich (bundesweit)		>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich		98,28 % - 98,37 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		198
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		199
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme		
Kennzahl-ID		2009
Leistungsbereich		Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	98,41 %
Vertrauensbereich	95,44 % - 99,46 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	95,74
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,65 % - 95,82 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	186
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	189
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit geringem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben	
Kennzahl-ID	2012
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	90,11 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	97,3
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,14 % - 97,45 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	35
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	35
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben	
Kennzahl-ID	2013
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	98,95 %
Vertrauensbereich	94,28 % - 99,81 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	93,63
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,5 % - 93,76 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	94
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	95
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung	
Kennzahl-ID	2028
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	97,04 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	95,88
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,79 % - 95,97 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	126
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	126
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus	
Kennzahl-ID	50722
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		99,49 %
Vertrauensbereich		97,18 % - 99,91 %
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		96,32
Referenzbereich (bundesweit)		>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich		96,25 % - 96,39 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		196
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		197
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt		
Kennzahl-ID		50778
Leistungsbereich		Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0,67
Vertrauensbereich	0,43 % - 1,03 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1
Referenzbereich (bundesweit)	= 1,56 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,01 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	18
Erwartete Ereignisse	26,84
Grundgesamtheit	199
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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

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

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

	Leistungsbereich	Auswahl
1	Schlaganfall: Akutbehandlung	Ja
2	MRE	Ja

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

	Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge (im Berichtsjahr)	Ausnahmetatbestand
1	Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	160	

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	35
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	25
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	25

* nach den "Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus" (siehe www.g-ba.de).

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Unsere Qualitätspolitik ist in Übereinstimmung mit dem Klinikleitbild festgelegt. Durch die Einführung eines Qualitätsmanagementsystem möchten wir die Qualität unserer Leistungen sicherstellen und die Grundlage für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess legen.

D-1.1 Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission

Wir sind im Landkreis Schwäbisch Hall das modern ausgestattete Krankenhaus der Regelversorgung. Unsere Ärzte und unser Pflegepersonal sind hervorragend ausgebildet. Wir behandeln und betreuen unsere Patienten auf Grundlage der neuesten medizinischen und pflegerischen Erkenntnisse.

Das Wohl unserer Patientinnen und Patienten ist der Maßstab unserer Arbeit. Unser Ziel ist es, den Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen gerecht zu werden und eine bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung anzubieten. Der Mensch steht für uns im Mittelpunkt, unabhängig von seinem Alter oder seiner ethischen, religiösen oder gesellschaftlichen Stellung. Durch die konsequente Einbeziehung der Patienten und der Angehörigen in den Behandlungsprozess kann auf individuelle Bedürfnisse und notwendige Hilfestellung eingegangen werden und die vorhandenen Ressourcen genutzt werden. Mittels verschiedener Instrumente erheben wir regelmäßig die Bedürfnisse und Erwartungen unserer Patienten und leiten Verbesserungsmaßnahmen ein.

Wir erwarten nicht nur qualifiziertes Fachwissen und regelmäßige Fortbildung, sondern auch Freundlichkeit und Menschlichkeit. Wir unterstützen Teamfähigkeit sowie persönliches Engagement.

Großen Wert legen wir auf die gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, den Heilberufen, den Krankenkassen und den sonstigen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen.

Unser Krankenhaus sieht seine Verpflichtung im verantwortungsbewussten Umgang mit den Ressourcen unter besonderer Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, des betrieblichen Umweltschutzes und des Arbeitsschutzes.

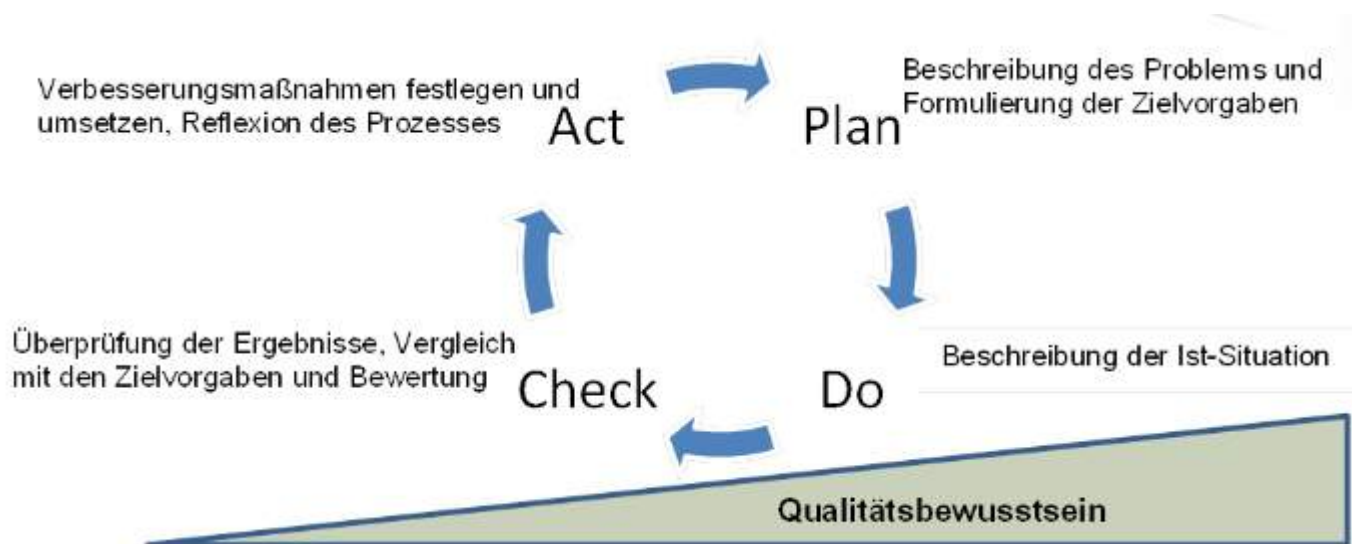
Wir nutzen das Qualitätsmanagement zur kontinuierlichen Weiterentwicklung und Verbesserung unserer Abläufe, unserer Organisation und unserer Behandlungsangebote.

D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses

Wir arbeiten an der Verbesserung unserer Abläufe mit Hilfe des Qualitätsmanagements im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Dies bedeutet, dass wir unsere Abläufe und Tätigkeiten hinterfragen, überdenken und gegebenenfalls neu formulieren. Dies geschieht beispielsweise in interdisziplinären Arbeitsgruppen, sogenannten Qualitätszirkeln.

Das Ziel unserer Qualitätspolitik ist es, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zum Nutzen der Patienten zu erhöhen.

Um unsere Qualität ständig zu verbessern, nutzen wir den kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Probleme werden erkannt, Prozesse und Standards definiert, regelmäßig überprüft, mit den geplanten Abläufen verglichen und Maßnahmen aus dem Ergebnis abgeleitet. Wir orientieren uns dabei an dem PDCA-Zyklus:



Verfahrensanweisungen aktualisieren wir regelhaft alle zwei Jahre oder bei Bedarf, wenn sich kurzfristig Änderungen ergeben.

D-1.2.1 Patientenorientierung

Bei uns im Klinikum Crailsheim steht der Patient mit seinen individuellen Bedürfnisse, Problemen und Anliegen im Mittelpunkt. Die Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten haben oberste Priorität. Während des Behandlungsprozesses wird auf die sozialen, kulturellen und psychischen Bedürfnisse des Patienten eingegangen.

Die Ressourcen der Patienten werden ermittelt und gefördert. Ziel ist es, dass der Patient eine möglichst hohe Selbstständigkeit erreicht. Durch individuelle Beratung und Anleitung soll auch der weitere Genesungsprozess nach der Entlassung unterstützt werden.

Mittels einer permanenten Patientenbefragung wird eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung sichergestellt. In regelmäßigen Sitzungen werden die Verbesserungsvorschläge der Patienten mit allen Leitungskräften im Hause besprochen und Maßnahmen beschlossen.

Um unseren Patienten schon vorab genaue Informationen über das Leistungsangebot und -spektrums unseres Hauses zu vermitteln, wird die Internetpräsentation unseres Unternehmens ständig aktualisiert. Im Mittelpunkt der Seite steht die benutzerfreundliche Aufbereitung von Informationen sowie eine einfache und klare grafische Gestaltung.

Ebenso stehen unseren Kunden Informationsbroschüren mit wichtigen Informationen rund um die Klinik zur Verfügung. Zudem finden monatliche Vortragsveranstaltungen statt.

D-1.2.2 Verantwortung und Führung

Die Führung des Klinikums verfolgt neben wirtschaftlichen Zielen insbesondere ethische, soziale und gesellschaftliche Grundsätze.

Durch eine offene und ehrliche Kommunikation werden alle Mitarbeiter über aktuelle Themen informiert und in Entscheidungsprozesse und Entwicklungen einbezogen. Durch Glaubwürdigkeit, Verlässlichkeit und Transparenz wird Vertrauen geschaffen.

Ein respektvoller und fairer Umgang werden stets angestrebt, um eine gute Zusammenarbeit und ein angenehmes und motivierendes Arbeitsklima zu fördern. Selbstverständlich ist gegenseitiger Respekt und positive Wertschätzung zwischen der Klinikleitung, den Führungskräften und Mitarbeitern. Für konstruktive Kritik und Verbesserungsvorschläge ist die Leitung steht offen.

Flache Hierarchiestrukturen ermöglichen kurze Entscheidungswege. In der Betriebsleitungssitzung, der der Geschäftsführer, der Klinische Direktor, die Ärztliche Direktorin und die Pflegedienstleitung angehören, werden Strategien besprochen und Entscheidungen getroffen. Ergebnisse der Klinikleitungssitzung werden anschließend in den Abteilungen kommuniziert und so für alle Mitarbeiter transparent.

Im Klinikum Crailsheim finden regelmäßige Zielvereinbarungsgespräche und Regelbeurteilungen in allen Abteilungen statt.

D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

Jeder Mitarbeiter wird anhand seiner Fähigkeiten und Kompetenzen eingesetzt und bekommt die Möglichkeit sich weiterzuentwickeln. Die Motivation der Mitarbeiter wird stets gefördert. Wir streben danach, die individuellen Bedürfnisse der einzelnen Mitarbeiter zu befriedigen.

Der Schulungs- und Förderungsbedarf wird systematisch ermittelt. Die Qualifizierung unserer Mitarbeiter unterstützen wir durch ganzjährige interne Fortbildungsangebote und zusätzliche Teilnahme an externen Fortbildungen. Das erworbene Wissen trägt mit Hilfe des Multiplikatorenprinzips zur weiteren Qualitätssteigerung bei.

Es liegen für viele Bereiche Einarbeitungskonzepte für neue Mitarbeiter vor, die eine strukturierte Einarbeitung ermöglichen und in regelmäßigen Gesprächen den Erfolg gemeinsam mit dem Mitarbeiter überprüfen.

D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit

Zur Sicherung unserer Wettbewerbsfähigkeit achten wir auf eine effiziente und effektive Leistungserbringung nach dem aktuellen Stand der Medizin. Mit unseren Ressourcen gehen wir verantwortungsvoll um. Ein monatliches Berichtswesen reflektiert die aktuelle und prospektive wirtschaftliche Situation der Klinik, so dass eine effektive Steuerung möglich ist.

D-1.2.5 Prozessorientierung

Im Juli 2012 wurde die Stelle eines Klinischen Prozessmanagements eingerichtet, die für das Projekt-, Prozess- und Qualitätsmanagement zuständig ist. So rückt die Prozessoptimierung in den Vordergrund und ermöglicht es damit, Abläufe effektiver und effizienter gemeinsam mit allen beteiligten Berufsgruppen zu gestalten.

D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

Ein strukturiertes Beschwerdemanagement und eine systematische, kontinuierliche Patientenbefragung sind umgesetzt und ermöglichen, eine frühzeitige Identifikation von Schwachstellen. Ergebnisse der Patientenrückmeldungen werden zeitnah an die Verantwortlichen gemeldet und Maßnahmen eingeleitet.

Um Fehler zu vermeiden, werden verschiedene Instrumente eingesetzt, z.B. das Patientenidentifikationsband oder eine Checkliste vor OP-Beginn, die Verwechslungen ausschließen sollen.

In Fallbesprechungen, z.B. bei Patienten, die über den Schockraum eingeliefert werden, werden medizinische und organisatorischen Schwächen im Team besprochen.

Ein offener Umgang mit Fehlern oder Beinahe-Fehlern ermöglicht die Reduktion von weiteren Fehlern.

Im Jahr 2017 wurde ein klinikinternes-CIRS-System eingeführt und die Mitarbeiter wurden über dem Sinn und Zweck sowie die Anwendung des CIRS geschult. Außerdem wurde innerhalb jeder Abteilung ein Risikomanagement-Beauftragter benannt.

D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess

In mehreren Bereichen wie der Endoprothetik, der Alterstraumatologie oder dem Schockraummanagement, stellen wir uns im Rahmen einer Zertifizierung der Überprüfung durch externe Fachexperten. Dadurch halten und verbessern wir unsere Qualität kontinuierlich.

D-1.3 Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).

Über unsere Homepage, regelmäßige Klinikgespräche, Flyer und den jährlichen Qualitätsbericht wird unsere Qualitätspolitik nach innen und außen dargestellt. Wir pflegen gerne einen persönlichen Umgang mit allen unseren Kunden.

D-2 Qualitätsziele

Das Qualitätsmanagement unterstützt das Bestreben unseres Hauses eine möglichst hohe Patientenzufriedenheit im Sinne einer optimalen Patientenversorgung unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Belange zu erreichen.

Ziel unseres Qualitätsmanagements ist es, zwischen den Ansprüchen gültiger Qualitätsnormen, der Zufriedenheit unserer Patienten sowie weiterer Kunden und der alltäglichen Praxis zu vermitteln und uns ständig zu verbessern.

Folgende Grundsätze sind uns wichtig:

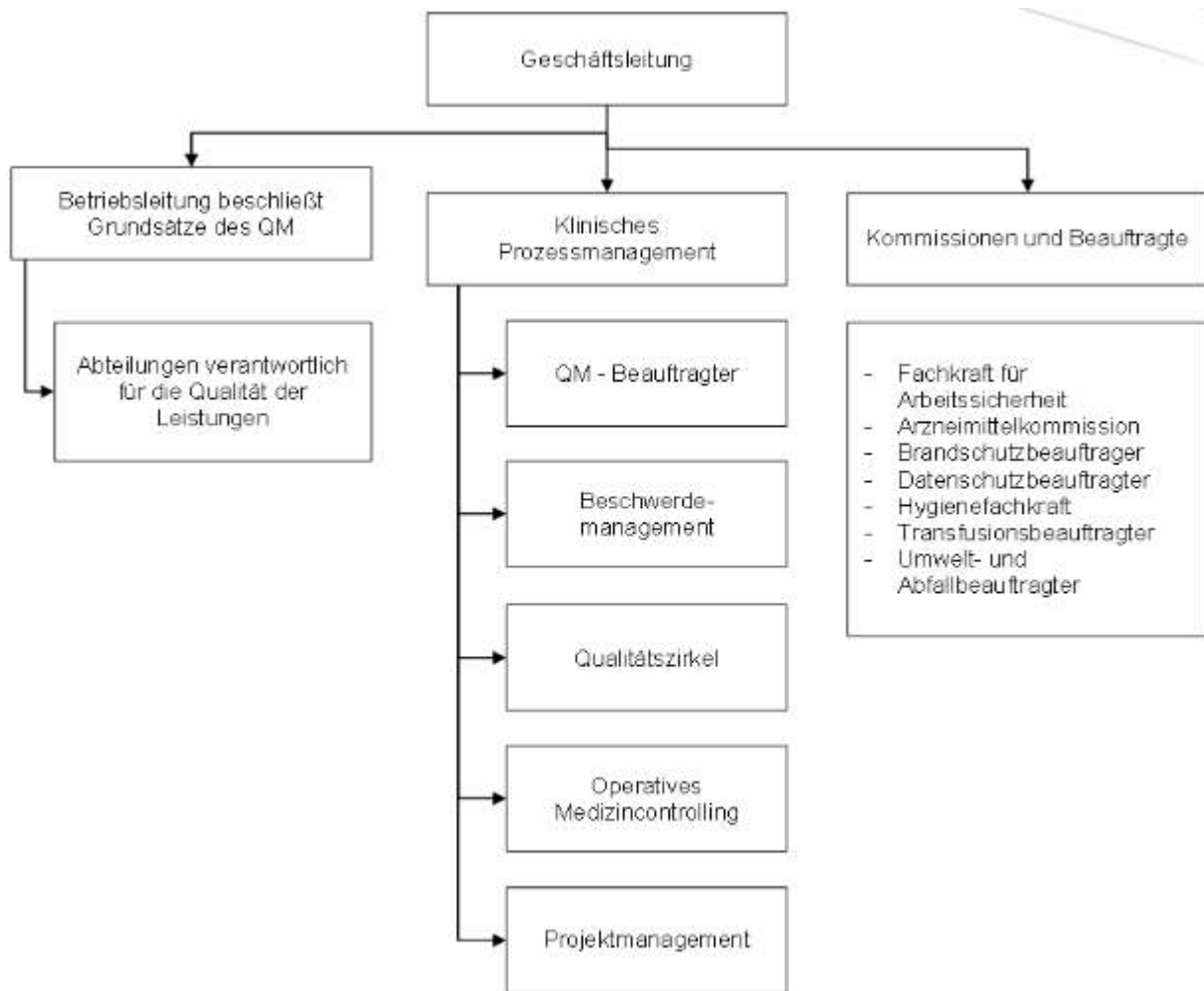
- * Patientenorientierung
- * Qualifikation und Motivation der Mitarbeiter
- * Förderung der internen und externen Kommunikation
- * Beobachtung und Verbesserung der Versorgungsqualität
- * Förderung des offenen Umgangs mit Defiziten

Um eine möglichst hohe Durchdringung des Qualitätsmanagementsgedankens unter den Mitarbeitern zu erreichen, werden Informationsveranstaltungen zum Thema Qualitätsmanagement durchgeführt.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Leitung des klinikinternen Qualitätsmanagements obliegt dem Klinischen Prozessmanagement. In Abstimmung mit der Betriebsleitung ist es für die Initiierung von qualitätsrelevanten Projekten verantwortlich, deren Umsetzung durch die Qualitätsbeauftragten in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Abteilungen erfolgt. Auch für die Zukunft sind die Weiterführung und der Neustart übergreifender Projekte geplant.

Für Risikobereiche stehen speziell geschulte Beauftragte und Kommissionen beratend und unterstützend zur Verfügung.



Daneben ist die hohe Mitarbeitermotivation und das große Interesse der Mitarbeiter an ihrem Arbeitsbereich ein Garant für die Weiterentwicklung des hausinternen Qualitätsmanagements. Seitens des Klinikums werden hierzu interne als auch externe Fortbildungsmaßnahmen angeboten.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Qualitätszirkel

Im Berichtszeitraum wurden Qualitätszirkel mit verschiedenen Themengebieten wie z. B. Wundmanagement durchgeführt. Diese Arbeitsgruppen erstellen Verfahrensanweisungen, die von der Leitungsebene der betreffenden Abteilungen freigegeben und implementiert werden.

Standards und Leitlinien

Die Standards der pflegerischen Tätigkeit sind umfassend definiert. Der Qualitätszirkel prüft und aktualisiert bestehende Ausgaben und erstellt neue Standards zu aktuellen Themen. Alle Standards sind im Intranet verfügbar.

Auch für den ärztlichen Bereich liegen für die wichtigsten Prozesse Verfahrensanweisungen nach Vorgaben der medizinischen Leitlinien vor.

Projektmanagement

Projekte werden in der Regel durch die Betriebsleitung initiiert und systematisch gesteuert und begleitet.

Dokumentenlenkung

Alle Dokumente sind gelenkt und werden spätestens nach drei Jahren oder bei Bedarf überprüft und aktualisiert. Die Freigabe der Dokumente durch den Verantwortlichen ist geregelt. Nach der Freigabe stehen die Dokumente über das Intranet allen Mitarbeitern zur Verfügung.

Schmerzmanagement

Unser Ziel ist: Schmerzfreie Patienten und Operationen im Krankenhaus. Jeder Patient wird auf unseren chirurgischen Stationen mindestens zweimal täglich unter Zuhilfenahme einer klar definierten Skala zur aktuellen Schmerzstärke befragt. Je nach Schmerzstärke werden standardisierte Schmerzschemas in enger Abstimmung mit den Ärzten verabreicht.

Vom Operateur als auch von den Anästhesisten werden zusätzlich örtliche Betäubungsverfahren eingesetzt, um eine optimale Schmerzfreiheit der Patienten zu gewährleisten.

Interne Begehungen und Audits

Um die Umsetzung der Qualitätsanforderungen zu überprüfen werden systematische Begehungen, Einsicht in die Dokumentation und Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Anschließend werden die Ergebnisse mit allen Beteiligten besprochen und ggf. Maßnahmen eingeführt, deren Erfolg dann entsprechend wieder evaluiert wird.

Durch die Hygienefachkraft werden in den Pflege- und Funktionsbereichen regelmäßige Hygieneaudits durchgeführt. Des Weiteren wurden in jedem Bereich Hygienebeauftragte benannt, die als Multiplikatoren fungieren. Schwerpunktmäßiges Tätigkeitsfeld ist die Prävention von im Krankenhaus möglichen erworbenen Infektionen (nosokomiale Infektionen).

Beschwerdemanagement

Wir verfügen über ein strukturiertes Beschwerdemanagement. Beschwerden können sowohl mündlich als auch per Brief oder Mail bzw. über das Beschwerdeformular eingereicht werden. Jede Beschwerde wird ernst genommen. Auf Wunsch des Beschwerdeführers erhält dieser eine Rückmeldung. Gemeinsam mit den Beteiligten werden die Ursachen für die Beschwerde analysiert und Verbesserungsmaßnahmen festgelegt und umgesetzt. Die Rückmeldung an den Beschwerdeführer erfolgt durch das Qualitätsmanagement oder den Vorgesetzten des Bereichs. Alle Beschwerden werden in einer Datenbank erfasst und halbjährlich ausgewertet.

Patientenbefragung

Alle stationären Patienten erhalten bei der Aufnahme einen Patientenbefragungsbogen. Dieser beinhaltet Fragen zu den Themen

- Aufnahme im Klinikum Crailsheim
- Ärztliche Behandlung
- Pflegerische Versorgung
- Untersuchungen
- Unterbringung und Service
- Was hat besonders gut gefallen
- Was hat nicht gefallen
- Verbesserungsvorschläge

Die Patientenbefragungsbogen werden innerhalb des Qualitätsmanagements ausgewertet. Die Bereichsleitungen und Chefarzte erhalten regelmäßig Auswertungen zu den Ergebnissen der Befragung.

Patienteninformationen

Wir verfügen über Flyer zu unterschiedlichen patientenrelevanten Themen, welche den Patienten bei Bedarf und Interesse ausgehändigt werden. Außerdem können sich Interessierte auf unserer Homepage (www.klinikum-crailsheim.de) über die verschiedenen Fachabteilungen informieren.

Einmal monatlich finden sog. "Klinikgespräche" statt. Hierbei handelt es sich um Fachvorträge durch Chefarzte oder weitere Fachexperten. Diese Teilnahme an diesen Veranstaltungen ist kostenfrei.

Kooperationen

Der Sozialdienst des Klinikums Crailsheim nimmt an den Regionaltreffen der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen teil.

Kooperationen mit regionalen und überregionalen Zentren zur umfassenden Versorgung unserer Patienten.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Die folgenden Qualitätsmanagement - Projekte waren 2016 aktuell:

- vorhandene Zertifikate:
 - EndoProthetikZentrum
 - Lokales Traumazentrum
 - Angehörigenfreundliche Intensivstation
 - Qualitätsgesicherte Hernienchirurgie
 - Mitglied im Hohenloher Herzkreislaufzentrum
 - lokales Traumazentrum (Schockraummanagement)

- **Inbetriebnahme- und Umzug in den Klinikneubau**

- Zertifizierung zur **babyfreundlichen Geburtsklinik im Dezember 2016**

- Zertifizierung des **kooperativen Zentrums für Alterstraumatologie** gemeinsam mit dem Diakonie-Klinikum in Schwäbisch Hall zur **Versorgung geriatrischer Traumapatienten durch die Unfallchirurgie und Geriatrie.**

- Weiterentwicklung eines **strukturierten Risikomanagement-Systems inkl. CIRS und Ernennung Risikomanagement-Beauftragter der einzelnen Abteilungen.**

- Etablierung und Aktualisierung der **nationalen Expertenstandards** Dekubitusprophylaxe, Sturzprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen, Versorgung von chronischen Wunden und Einführung weiterer Expertenstandards wie Ernährungsmanagement und Harnkontinenz.