

2017

Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH

Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2017

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß §137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGBV über das Berichtsjahr 2017



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	7
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	12
A-12.1 Qualitätsmanagement	12
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	12
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	15
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	20
A-13 Besondere apparative Ausstattung	20

B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	21
B-[1]	Kardiologie	21
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	21
B-[1].1.1	Fachabteilungsschlüssel	22
B-[1].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	22
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	22
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	22
B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	23
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	23
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	23
B-[1].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	24
B-[1].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	24
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	25
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	25
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	25
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	25
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	25
B-[1].11	Personelle Ausstattung	26
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	26
B-[1].11.2	Pflegepersonal	26
B-[2]	Gastroenterologie	28
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	28
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	29
B-[2].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	29
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	29

B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	29
B-[2].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	30
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	30
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	30
B-[2].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	31
B-[2].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	31
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	31
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	32
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	33
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	33
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	33
B-[2].11	Personelle Ausstattung	33
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	33
B-[2].11.2	Pflegepersonal	34
B-[3]	Geriatric	34
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	35
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	35
B-[3].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	36
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	36
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	36
B-[3].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	36
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	37
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	37
B-[3].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	38
B-[3].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	38

B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	38
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	39
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	39
B-[3].11	Personelle Ausstattung	39
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	39
B-[3].11.2	Pflegepersonal	40
B-[4]	Unfall-, Handchirurgie, Viszeral- und minimalinvasive Chirurgie	41
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	41
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel	42
B-[4].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	42
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	42
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	43
B-[4].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	44
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	44
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	45
B-[4].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	45
B-[4].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	46
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	47
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	48
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	48
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	49
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	50
B-[4].11	Personelle Ausstattung	50
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen	50
B-[4].11.2	Pflegepersonal	50

B-[5]	Orthopädie und Endoprothetik	51
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	51
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel	53
B-[5].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	53
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	53
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	53
B-[5].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	54
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	54
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	54
B-[5].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	55
B-[5].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	55
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	56
B-[5].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	57
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	57
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	58
B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	58
B-[5].11	Personelle Ausstattung	58
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen	58
B-[5].11.2	Pflegepersonal	59
B-[6]	Frauenklinik - Gynäkologie und Geburtshilfe	60
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	60
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel	61
B-[6].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	61
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	61
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	61

B-[6].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	62
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	62
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD	62
B-[6].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	63
B-[6].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	63
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	64
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	65
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	65
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	66
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	66
B-[6].11	Personelle Ausstattung	67
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen	67
B-[6].11.2	Pflegepersonal	67
B-[7]	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	68
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	68
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel	69
B-[7].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	69
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	69
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	69
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	70
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD	70
B-[7].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	70
B-[7].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	70
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	71
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	71

B-[7].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	72
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	72
B-[7].11	Personelle Ausstattung	72
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen	72
B-[7].11.2	Pflegepersonal	73
B-[8]	Anästhesiologie und Intensivmedizin	73
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	73
B-[8].1.1	Fachabteilungsschlüssel	74
B-[8].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	74
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	74
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	75
B-[8].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	75
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	75
B-[8].11	Personelle Ausstattung	75
B-[8].11.1	Ärzte und Ärztinnen	75
B-[8].11.2	Pflegepersonal	76
B-[9]	Radiologie	76
B-[9].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	77
B-[9].1.1	Fachabteilungsschlüssel	77
B-[9].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	77
B-[9].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	77
B-[9].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	77
B-[9].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	78
B-[9].11	Personelle Ausstattung	78
B-[9].11.1	Ärzte und Ärztinnen	78

C	Qualitätssicherung	80
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	80
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	80
C-1.2	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL	81
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	187
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	187
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	187
D	Qualitätsmanagement	188
D-1	Qualitätspolitik	188
D-1.1	Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission	188
D-1.2	Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses	188
D-1.3	Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).	191
D-2	Qualitätsziele	191
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	191
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	192
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	193

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, Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie, Orthopädie/Endoprothetik, Gynäkologie/Geburtshilfe und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Hinzu kommt die Anästhesie, die auch die Intensivmedizin sowie die Schmerztherapie mitabdeckt. Die Radiologie mit CT und MRT wird durch das Zentrum für Radiologie und Nuklearmedizin in den Räumen der Klinik sichergestellt.

Knapp 10.000 stationäre und über 23.000 ambulante Patientinnen und 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. Dabei stehen die individuelle Situation der Patientinnen und Patienten und deren Bedürfnisse im Mittelpunkt. Durch regelmäßige Fort-und Weiterbildungen und eine ständige Optimierung der Strukturen, Prozesse und Abläufe erreichen wir ein hohes Leistungsniveau. So können wir unseren Patientinnen und Patienten aktuelle Verfahren im Rahmen der Diagnostik, Therapie und Pflege bieten.

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

"Gut betreut im Klinikum Crailsheim"

Der im Jahr 2016 bezogene Neubau ermöglicht es uns zudem Patientinnen und Patienten eine zukunftsorientierte und kompetente medizinische und pflegerische Versorgung innerhalb einer serviceorientierten und modernen Unterkunft zu bieten.

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

An dieser Stelle möchten wir ausdrücklich unseren Patientinnen und Patienten für ihr Vertrauen und unseren Mitarbeitern für ihr Engagement und ihre Arbeit danken.

Der Betriebsleitung gehören an:
Werner Schmidt (Geschäftsführer)
Thomas Grumann (Klinischer Direktor)
Dr. med. Jens Rossek (Kommissarischer Ärztlicher Direktor)
Prof. Dr. med. Alexander Bauer (Kommissarischer Medizinischer Direktor)
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 2018.2.0.3) im Oktober/November 2018 erstellt. Die Bearbeitung wurde final am 02.11.2018 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. Jens Rossek, Orthopädie
Telefon:	07951 490 371
Fax:	07951 490 373
E-Mail:	info@klinikum-crailsheim.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Alexander Bauer, Kardiologie
Telefon:	07951 490 215
Fax:	07951 490 299
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

In Vertretung von Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch wird die Funktion der Ärztlichen Direktion aktuell von Herr Dr. med. Jens Rossek und Herr Prof. Dr. Alexander Bauer begleitet. Kommissarischer Ärztlicher Direktor ist Herr Dr. med. Jens Rossek und die Funktion des Medizinischen Direktors hat Herr Prof. Dr. med. Alexander Bauer inne.

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Landkreis Schwäbisch Hall
Träger-Art:	sonstige
Sonstige Trägerart:	gemeinnützig

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 Aufenthaltes auf Anfrage durch die Diätassistenten
6	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
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 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 Informationsveranstaltungen zu verschiedenen Themen durch Chef- oder Oberärzte; jährliche Teilnahme an der Gesundheitsmesse Vita Well
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
30	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
31	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung Gruppen- und Einzeltherapie jeweils für Männer und Frauen durch Physiotherapeutin mit Weiterbildungsqualifikation "Inkontinenz"; Beratung und 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 entfallen diese Kosten
4	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer Kosten pro Tag: 2,5 € Multimedia-Terminal am Patientenbett mit TV, Radio und Telefon. Bei Wahlleistung entfallen diese Kosten
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. Bei Wahlleistung entfallen diese Kosten
7	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen Max. Kosten pro Stunde: 1,5 € Max. Kosten pro Tag: 8 € Tagesticket für 8,00 €
8	Hotelleistungen Frei wählbare Essenszusammenstellung; Buffet in der Cafeteria; kostenlose Getränke; Betten in Übergröße; Wahlleistungen: Tageszeitung, Handtücher, Zusatzversorgung (Obst, Kuchen, etc.), Dusch- und Waschgel-Set
9	Rooming-in
10	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
11	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen Informationsveranstaltungen "Klinikgespräche" (Einmal im Monat)
12	Andachtsraum Raum der Stille
13	Seelsorge
14	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: z. B. Vegetarische Kost, Kost ohne Schweinefleisch, etc.
15	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
16	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer

Leistungsangebot	
	Bei Wahlleistung
17	Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Empfangs- und Begleitsdienst nicht durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sondern Hol- und Bringendienst
18	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 z. B. der Zugang zur Kasse ist nicht rollstuhlgerecht
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	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
17	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
18	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden
19	Allergenarme Zimmer
20	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
21	Diätetische Angebote
22	Dolmetscherdienst
23	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. Theoretische Ausbildung in SHA, praktische Ausbildung in Crailsheim.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 165

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 9913

Teilstationäre Fallzahl: 0

Ambulante Fallzahl: 23583

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)	55,22	55,22	0,00	20,05	35,17
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	31,82	31,82	0,00	10,94	20,88
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2				
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- davon Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Abkürzungen:

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

A-11.2 Pflegepersonal

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

Personal / Ohne FA-Zuordnung	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	138,61 0,00	138,61 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	138,61 0,00
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,45	3,45	0,00	0,00	3,45
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,50	2,50	0,00	0,00	2,50
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	6,75	6,75	0,00	0,00	6,75
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,75	1,75	0,00	0,10	1,65
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	5				
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,50	2,50	0,00	0,00	2,50
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,53	2,53	0,00	0,40	2,13

Abkürzungen:

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.
Diätassistent und Diätassistentin	2,35	2,35	0,00	0,00	2,35
Ergotherapeut und Ergotherapeutin	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	2,00	2,00	0,00	0,00	2,00
Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	2,21	2,21	0,00	1,00	1,21
Pädagoge und Pädagogin/Lehrer und Lehrerin	3,44	3,44	0,00	0,00	3,44
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	6,91	6,91	0,00	1,91	5,00
Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	1,72	1,72	0,00	0,00	1,72
Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin	0,85	0,85	0,00	0,00	0,85
Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	4,50	4,50	0,00	1,50	3,00

Abkürzungen:

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

Zusätzlich waren im Jahr 2017 durchschnittlich 26,87 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 Lenkungs-gremium

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

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/ Funktionsbereiche:	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:	halbjährlich

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:

Risikomanagementbeauftragte für die einzelnen Fachabteilungen wurden benannt. Des Weiteren wurde eine Software zur Dokumentation und Überwachung der Risiken beschafft und Prozesse zur Risikoidentifikation, -analyse, -bewertung und -bewältigung festgelegt.

Einmal im halben Jahr treffen sich die Risikomanagementbeauftragten der Fachabteilungen zu einem Austausch über Neuerungen zum Thema "Risikomanagement".

Als weiteres Instrument im Kontext des internen und externen Risikomanagements ist seit 2017 das CIRS im Einsatz.

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Instrument bzw. Maßnahme	
1	Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-AN-CPRErw Letzte Aktualisierung: 01.09.2017
2	Schmerzmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-AN-Schmerztherapie-akut Letzte Aktualisierung: 06.09.2018
3	Sturzprophylaxe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-PD-SturzPro Letzte Aktualisierung: 17.11.2017
4	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-PD-DekProph Letzte Aktualisierung: 17.11.2017
5	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-PD-Fixierungen Letzte Aktualisierung: 06.11.2016
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: VA-PD-MedMan Letzte Aktualisierung: 13.02.2018
9	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
10	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
11	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-CH-PrävVerwechslung Letzte Aktualisierung: 06.09.2018
12	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
13	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: HB-MT-4.9Meldung_Vorkommnisse Letzte Aktualisierung: 15.07.2016

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Tumorkonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
<input type="checkbox"/>	Pathologiebesprechungen
<input type="checkbox"/>	Palliativbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Qualitätszirkel
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere: Antibiotikavisite, Lenkungskreis 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: jährlich
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: halbjährlich

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit: Medikamentenmanagement, IMC-Betten zur Überwachung der Patienten, Beseitigung von Sturzhindernissen, Schaffung technischer Kommunikationsvoraussetzungen, etc.

CIRS-Meldungen können über ein Formular in Intrafox anonym oder direkt an die Abteilung "Klinisches Prozessmanagement" übermittelt werden. Das Intrafox-Formular ist im Intranet hinterlegt.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem: Ja

Genutzte Systeme:

Bezeichnung	
1	CIRS Health Care

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

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

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums: halbjährlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Personal	Anzahl
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Dr. med. Jens Rossek, Kommissarischer Ärztlicher Direktor, Vorsitzender
Telefon:	07951 490 370
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

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

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe 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 Antibiotikaprofylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

	Option	Auswahl
1	Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe	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 Wundaufgabe	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben: Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag): 21,9

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen: Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag): 57,3

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

Erklärung zu "Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen": Gibt die durchschnittliche Menge in Milliliter pro Patiententag für eine Allgemeinstation an. Zu berücksichtigen ist, dass das Klinikum Crailsheim insgesamt sechs bettenführende Allgemeinstationen führt.

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

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) 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:

<input type="checkbox"/>	AMBU-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	CDAD-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	HAND-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	ITS-KISS
<input type="checkbox"/>	MRSA-KISS
<input type="checkbox"/>	NEO-KISS
<input type="checkbox"/>	ONKO-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	OP-KISS
<input type="checkbox"/>	STATIONS-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
2	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	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	Einweiserbefragungen	Ja
9	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	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
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
6	Mammographiegerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse	
7	Angiographiegerät/DSA Über den Tag	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 vier Oberärztinnen und -ärzte 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 z. B. 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. Des Weiteren verfügt die Kardiologie seit 2018 über ein eigenes Herzkatheterlabor am Standort Crailsheim.

Im neu installierten Herzkatheterlabor im Klinikum Crailsheim werden im Rahmen der Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen elektrophysiologische Untersuchungen und Ablationen durchgeführt. Ferner werden Herzschrittmacher, Aggregate zur kardialen Resynchronisationstherapie und Ereignisrekorder implantiert. Es stehen Programmiergeräte zur Überprüfung aller gängigen Aggregate (Medtronic, Sorin, Boston Scientific, St. Jude und Biotronik) zur Verfügung.

Wird eine Erkrankung des Herzens diagnostiziert, die einer **Operation** bedarf, werden alle notwendigen Voruntersuchungen in Crailsheim durchgeführt bzw. in die Wege geleitet. Selbstverständlich kontaktieren wir auch die für den Eingriff am besten geeignete Klinik, sodass diese die Patientinnen und Patienten dann für die entsprechende Operation einbestellen kann.

Besteht eine Verengung der Herzkranzgefäße, wird die dann notwendige **Herzkatheteruntersuchung** mit Ballondilatation und möglicher Stenteinlage im Herzkatheterlabor in Schwäbisch Hall durchgeführt. Nach erfolgreichem Eingriff werden die Patientinnen und Patienten frühzeitig in das Klinikum Crailsheim zurückverlegt. Da es sich hierbei um eine standortübergreifende Abteilung ("Innere Medizin I" - Klinikum Crailsheim und Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall) handelt, erfolgt die Diagnostik und Therapie nach einheitlichen Standards. Seit 2018 werden Herzkatheteruntersuchungen auch im Klinikum Crailsheim durchgeführt.

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 Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall ein.

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

Bei Verdacht auf einen **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 des Diakonie-Klinikums Schwäbisch Hall auf kurzem Wege abgestimmt. Es erfolgen konsiliarische neurologische Untersuchungen durch Fachärztinnen und -ärzte der Neurologie.

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

Auf der Intensivstation können alle lebensbedrohlichen kardiologischen Krankheitsbilder 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 Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Alexander Bauer, Chefarzt
Telefon:	07951 490 215
Fax:	07951 490 299
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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

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	Defibrillatöreingriffe
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

Medizinische Leistungsangebote	
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
29	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
30	Dialyse

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
2	Tastbarer Gebäudeplan
3	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus

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

Vollstationäre Fallzahl:	2231
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	200
2	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	106
3	M79.18	Myalgie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	103
4	I20.0	Instabile Angina pectoris	102
5	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	86
6	R55	Synkope und Kollaps	79

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
7	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	71
8	E86	Volumenmangel	59
9	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	58
10	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	52
11	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	47
12	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	43
13	R42	Schwindel und Taumel	39
14	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	34
15	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	32
16	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	32
17	I95.1	Orthostatische Hypotonie	27
18	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	25
19	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	25
20	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	25
21	I48.3	Vorhofflattern, typisch	24
22	R07.2	Präkordiale Schmerzen	24
23	T75.4	Schäden durch elektrischen Strom	22
24	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	21
25	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	19
26	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	17
27	R00.2	Palpitationen	17
28	J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	17
29	R06.0	Dyspnoe	17
30	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	17

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	308
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	165
3	I20	Angina pectoris	127
4	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	122
5	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	110
6	I21	Akuter Myokardinfarkt	93
7	R55	Synkope und Kollaps	79
8	R07	Hals- und Brustschmerzen	65
9	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	65
10	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	63

B-[1].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	548
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	422
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	230
4	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	225
5	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	214
6	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	189
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	122
8	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	110
9	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	85
10	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	79

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Kardiologische Sprechstunde
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
	Leistungen:
	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
	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
	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
	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].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	< 4
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	< 4

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)	8,95	8,95	0,00	3,95	5,00	446,2
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,64	5,64	0,00	2,00	3,64	612,9

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

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[1].11.2 Pflegepersonal

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	25,75	25,75	0,00	0,00	25,75	86,6
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	2231,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,50	0,50	0,00	0,00	0,50	4462,0

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

B-[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
3	Praxisanleitung

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

Zusatzqualifikationen	
1	Kinästhetik
2	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	Wundmanagement
4	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



Dr. med. Bernhard Braun

Unsere Ärztinnen und 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 Kolleginnen und Kollegen unseres Hauses, der onkologischen Abteilung des Diakonie-Klinikums Schwäbisch Hall und der Abteilung für Radioonkologie am Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall zusammen.

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

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 dem Umzug in den Klinikneubau verfügen wir über eine Endoskopie, einen Aufwachraum und eine 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 die Patientinnen und 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 Kolleginnen und Kollegen im Haus. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit der Dünndarmuntersuchung mittels Ballonenteroskopie und Kapselendoskopie, die seit 2012 zur Verfügung steht. Zur Abklärung von thorakalen Beschwerden oder Refluxbeschwerden steht eine Impedanz-pH-Metrie zur Verfügung.

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

Vorwiegend ambulant werden Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Magen-Darm-Traktes, der Leber und

Bauchspeicheldrüse mit allen gängigen Chemotherapien behandelt. Die Patientinnen und Patienten werden vor Therapieeinleitung in der Regel im interdisziplinären Tumorboard des Diakonie-Klinikums Schwäbisch Hall vorgestellt. Alle onkologischen Erkrankungen außerhalb des gastroenterologischen Fachgebietes, sowie Hämatoblastosen und Lymphome werden an onkologische Kooperationspartner überwiesen.

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 490 201
Fax:	07951 490 299
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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:

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

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.
-----------------------	---

Es wurden keine leistungs- oder fallzahlabhängigen Boni vereinbart.

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
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

Medizinische Leistungsangebote	
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
2	Tastbarer Gebäudeplan
3	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus

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

Vollstationäre Fallzahl:	2162
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	95
2	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	72
3	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	68
4	E86	Volumenmangel	58
5	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	56
6	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	47
7	K29.1	Sonstige akute Gastritis	44
8	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	41
9	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	38
10	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	35
11	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	35

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
12	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	32
13	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	25
14	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	23
15	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	23
16	K59.0	Obstipation	22
17	K57.31	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	22
18	A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	21
19	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	19
20	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	19
21	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	18
22	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	18
23	K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion	17
24	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	15
25	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	15
26	K52.1	Toxische Gastroenteritis und Kolitis	15
27	A46	Erysipel [Wundrose]	14
28	K83.1	Verschluss des Gallenganges	14
29	D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	14
30	D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)	13

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	146
2	K29	Gastritis und Duodenitis	115
3	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	91
4	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	85
5	J20	Akute Bronchitis	74
6	K57	Divertikulose des Darmes	70
7	A41	Sonstige Sepsis	65
8	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	61
9	E86	Volumenmangel	58
10	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	46

B-[2].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	677
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	284
3	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	244
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	237
5	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	222

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
6	3-200	Native Computertomographie des Schädels	162
7	8-900	Intravenöse Anästhesie	142
8	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	135
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	109
10	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	109
11	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	86
12	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	78
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	76
14	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	74
15	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	63
16	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	62
17	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	57
18	3-804	Native Magnetresonanztomographie des Abdomens	52
19	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	48
20	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	44
21	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	42
22	3-056	Endosonographie des Pankreas	42
23	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	38
24	1-653	Diagnostische Proktoskopie	37
25	3-055	Endosonographie der Gallenwege	33
26	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	32
27	5-513.20	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen	32
28	3-051	Endosonographie des Ösophagus	31
29	3-843.0	Magnetresonanztomographie-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung	31
30	1-853.2	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Aszitespunktion	30

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	699
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	477
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	284
4	1-650	Diagnostische Koloskopie	263
5	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	237
6	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	172
7	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	165
8	3-200	Native Computertomographie des Schädels	162
9	8-900	Intravenöse Anästhesie	142

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Geriatric

B-[2].11.2 Pflegepersonal

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	18,68	18,68	0,00	0,00	18,68	115,7
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,50	0,50	0,00	0,00	0,50	4324,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,75	0,75	0,00	0,00	0,75	2882,7

Abkürzungen:

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

B-[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
3	Praxisanleitung

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

Zusatzqualifikationen	
1	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	Kinästhetik
3	Schmerzmanagement
4	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 Patientinnen und Patienten führt seit einigen Jahren dazu, dass wir im Bereich der **Geriatrie**, d. h. der Versorgung hochbetagter und multimorbider Patientinnen und Patienten tätig sind.

Für geriatrische Patientinnen 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 Team des Sozialdienstes im Vordergrund steht.

Klinischer Schwerpunkt im Rahmen der medizinischen Versorgung hochbetragter Menschen im Landkreis Schwäbisch Hall ist der Standort Crailsheim. Chefarzt Dr. med. Dipl. Gerontolgie Norbert Andrejew, Facharzt für Innere Medizin, Klinische Geriatrie (Altersheilkunde) und Palliativmedizin leitet zusätzlich den geriatrischen Schwerpunkt am Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall mit vorwiegend beratender (konsiliarischer) Tätigkeit für die dortigen Fachabteilungen.

Das Zentrum für Altersheilkunde ist die dritte Säule der Abteilung "Innere Medizin" des Klinikums Crailsheim. Ziel dieser Abteilung ist es, körperliche und seelische Leiden von Patientinnen und Patienten mit weit fortgeschrittenen, unheilbaren Krankheiten zu lindern. Hochbetagte Menschen sollen möglichst lang in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben und daher nach einer Erkrankung in ihre vertraute oder in eine betreute Umgebung zurückkehren können. Die Ärzteschaft, das Pflegepersonal, die Therapeutinnen und Therapeuten und der Sozialdienst bilden ein eingespieltes Team - sie verstehen sich als Partner der hochbetagten Menschen.

Ein Schwerpunkt der Abteilung ist die geriatrische Betreuung alterstraumatologischer Patientinnen und Patienten im Landkreis. Hier besteht eine enge organisatorische und prozessorientierte Zusammenarbeit mit der chirurgischen Abteilung des Klinikums Crailsheim sowie auch mit der Klinik für Unfallchirurgie am Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall.

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Name/Funktion:	Dr. med. Dipl. Geront. Norbert Andrejew, Chefarzt
Telefon:	07951 490 463
Fax:	07951 490 144
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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

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
2	Tastbarer Gebäudeplan
3	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus

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

Vollstationäre Fallzahl: 395

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	61
2	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	60
3	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	11
4	S32.5	Fraktur des Os pubis	8
5	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	7
6	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	7
7	S32.81	Fraktur: Os ischium	7
8	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	7
9	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	7
10	S70.0	Prellung der Hüfte	6
11	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	6
12	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	5
13	S22.43	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen	4
14	S32.4	Fraktur des Acetabulum	4
15	S06.0	Gehirnerschütterung	4
16	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	4
17	S42.20	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet	4
18	S72.05	Schenkelhalsfraktur: Basis	4
19	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	4
20	S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	4
21	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	< 4
22	M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	< 4
23	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	< 4
24	E86	Volumenmangel	< 4
25	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	< 4
26	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	< 4
27	S82.81	Bimalleolarfraktur	< 4
28	S32.02	Fraktur eines Lendenwirbels: L2	< 4

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
29	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	< 4
30	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	< 4

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	155
2	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	32
3	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	19
4	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	17
5	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	9
6	S06	Intrakranielle Verletzung	7
7	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	7
8	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	7
9	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	6
10	S52	Fraktur des Unterarmes	6

B-[3].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	285
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	101
3	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	89
4	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	89
5	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	66
6	8-191.5	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband	49
7	9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	38
8	9-200.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte	35
9	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	35
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	32
11	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	30
12	9-200.5	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 101 bis 129 Aufwandspunkte	30
13	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	24
14	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	22
15	9-200.6	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 130 bis 158 Aufwandspunkte	19
16	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	17
17	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	14
18	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	13

Abkürzungen:

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

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[3].11.2 Pflegepersonal

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,80	11,80	0,00	0,00	11,80	33,5
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,00	2,00	0,00	0,00	2,00	197,5
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,75	0,75	0,00	0,00	0,75	526,7
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,50	0,50	0,00	0,00	0,50	790,0

Abkürzungen:

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

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

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

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

Zusatzqualifikationen	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Geriatric
4	Kinästhetik
5	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. Aufgrund der breitgefächerten Spezialausbildungen der Ärztinnen und Ärzte ist dies möglich. Neben Routineeingriffen führen wir viele hochspezialisierte Eingriffe mit Erfolg durch.

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

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

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, mit Ausnahme der Wirbelsäule, nach dem neuesten Stand der Wissenschaft und Technik und basierend auf den neuesten Erkenntnissen der internationalen Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese (AO Trauma International).

Einen besonderen Schwerpunkt stellt 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 Qualifikation als spezielle Unfallchirurgie und der modernen Ausstattung des Klinikums Crailsheim wurden wir für die stationäre Behandlung von berufsgenossenschaftlichen Unfällen (stationäres D-Arzt-Verfahren) und in der Handchirurgie für das VAV-Verfahren schwerer Handverletzungen zugelassen. Im Bereich der Handchirurgie sind wir **Referenzklinik für berufsgenossenschaftliche handchirurgische Fälle**.

Die kontinuierliche Schmerztherapie ist seit 1998 etabliert mit dem Ziel **schmerzfrequer Operationen** zu gewährleisten. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit der Anästhesie im Klinikum Crailsheim.

Spezielle Sprechstunden werden für die folgenden Themengebiete angeboten:

- Handchirurgie (KV-Sprechstunde)
- Fußchirurgie
- Berufsgenossenschaftliche Sprechstunde
- Viszeralchirurgische Sprechstunde
- Herniensprechstunde (Bauchwandbrüche)
- Proktologische Sprechstunde
- Gefäßsprechstunde

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Name/Funktion:	Dr. med. Martina Mittag-Bonsch, Chefarzt
Telefon:	07951 490 301
Fax:	07951 490 302
E-Mail:	info@klinikum-crailsheim.de

Wird aktuell vertreten durch Herrn Dr. med. Jens Rossek und Herrn Prof. Dr. Alexander Bauer.

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

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

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

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 Kniespiegelungen 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

Medizinische Leistungsangebote	
21	Spezialsprechstunde Hände-, Varizen-, Coloskopie, Füße, BG, Viszeralchirurgie
22	Portimplantation
23	Amputationschirurgie
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
36	Arthroskopische Operationen
37	Metall-/Fremdkörperentfernungen
38	Septische Knochenchirurgie
39	Schulterchirurgie
40	Sportmedizin/Sporttraumatologie
41	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
42	Wundheilungsstörungen
43	Handchirurgie
44	Sportmedizin/Sporttraumatologie

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
2	Tastbarer Gebäudeplan
3	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus

B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
Vollstationäre Fallzahl: 2719

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S06.0	Gehirnerschütterung	232
2	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	218
3	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	126
4	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	84
5	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	75
6	S20.2	Prellung des Thorax	72
7	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	64
8	A46	Erysipel [Wundrose]	47
9	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	46
10	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	44
11	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	41
12	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	37
13	S52.50	Distale Fraktur des Radius: Nicht näher bezeichnet	36
14	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	35
15	S70.0	Prellung der Hüfte	34
16	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	34
17	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	31
18	L03.01	Phlegmone an Fingern	31
19	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	29
20	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	26
21	L03.10	Phlegmone an der oberen Extremität	25
22	M70.2	Bursitis olecrani	24
23	S22.32	Fraktur einer sonstigen Rippe	23
24	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	23
25	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	21
26	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	21
27	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	20
28	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	19
29	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	18
30	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	18

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	251
2	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	233
3	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	170
4	K40	Hernia inguinalis	161
5	K80	Cholelithiasis	154
6	S52	Fraktur des Unterarmes	121
7	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	114
8	K35	Akute Appendizitis	111
9	L03	Phlegmone	103
10	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	74

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

	ICD-4-Code	Name	Gesamtsumme
1	S06.0	Gehirnerschütterung	232
2	S00.8	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes	218
3	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	126
4	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	91
5	S52.5	Distale Fraktur des Radius	89
6	K80.0	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis	82
7	S20.2	Prellung des Thorax	72
8	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	64
9	L03.1	Phlegmone an der oberen Extremität	60
10	A46	Erysipel [Wundrose]	47
11	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	46
12	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	44
13	K80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis	41
14	K35.3	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis	39
15	L03.0	Phlegmone an Fingern	35
16	K40.3	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän	35
17	S22.4	Rippenserienfraktur	34
18	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	34
19	S70.0	Prellung der Hüfte	34
20	S42.2	Fraktur des proximalen Endes des Humerus	31
21	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	29

	ICD-4-Code	Name	Gesamtsumme
22	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	24
23	M70.2	Bursitis olecrani	24
24	S72.0	Schenkelhalsfraktur	23
25	K80.1	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis	23
26	S22.3	Fraktur der ersten Rippe	23
27	K40.2	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	23
28	S32.0	Fraktur eines Lendenwirbels	22
29	S72.1	Femurfraktur: Intertrochantär	20
30	E11.7	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen	20

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	410
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	333
3	5-932.00	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung	198
4	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	170
5	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	170
6	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	159
7	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	138
8	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	137
9	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	116
10	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	114
11	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	112
12	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	97
13	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	95
14	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	82
15	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	80
16	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	79
17	3-206	Native Computertomographie des Beckens	72
18	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	68
19	5-869.1	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Weichteildebridement, schichtenübergreifend	67
20	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	65

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
21	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss	60
22	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	55
23	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	51
24	8-190.21	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage	41
25	5-896.1b	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion	38
26	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	37
27	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	35
28	5-900.17	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Oberarm und Ellenbogen	34
29	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	33
30	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	31

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	410
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	333
3	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	285
4	5-916	Temporäre Weichteildeckung	282
5	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	252
6	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	213
7	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	179
8	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	170
9	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	162
10	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	159

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	D-Arzt-Ambulanz und D-Arzt-Sprechstunde
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
	Leistungen:
	VC63 - Amputationschirurgie
	VC66 - Arthroskopische Operationen
	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	

1	D-Arzt-Ambulanz und D-Arzt-Sprechstunde
	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
	VO16 - Handchirurgie
	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	VC71 - Notfallmedizin
	VC58 - Spezialsprechstunde
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:
	VO00 -
	VC66 - Arthroskopische Operationen
	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
	VO16 - Handchirurgie
	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
	VC71 - Notfallmedizin
	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
	VO21 - Traumatologie
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

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)	14,50	14,50	0,00	6,00	8,50	319,9
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,53	5,53	0,00	2,53	3,00	906,3

Abkürzungen:

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

B-[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	39,00
---	-------

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	24,71	24,71	0,00	0,00	24,71	110,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,50	1,50	0,00	0,00	1,50	1812,7

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	2,25	2,25	0,00	0,00	2,25	1208,4
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	2719,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,23	1,23	0,00	0,00	1,23	2210,6

Abkürzungen:

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

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

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

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

Zusatzqualifikationen	
1	Kinästhetik
2	Wundmanagement

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 des Bewegungsapparates ist 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. Durch seine langjährige Tätigkeit in einer Rheumaorthopädie deckt er ein Fachgebiet ab, das in der gesamten Region lange 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 Hautschnitten. Angewandt wird eine 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.

Das weitere Spezialgebiet Herr Dr. Rosseks sind **sportorthopädische Krankheitsbilder** und deren operative Versorgung. "Ziel jeder Behandlung und Operation ist es, möglichst viel Beweglichkeit und damit Lebensqualität zurückzugewinnen", ist sein therapeutischer Ansatz. Erst wenn medikamentöse und andere therapeutische Verfahren nicht mehr weiterhelfen wird eine Operation ins Auge gefasst. Ein jeder Eingriff wird sehr individuell abgestimmt und mit der Patientin bzw. 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)
- Risse des vorderen Kreuzbandes
- Meniskusverletzungen
- Knorpelverletzungen / Knorpelerkrankungen
- Schulter-Engpass-Syndrom (Impingement-Syndrom)
- Schleimbeutelentzündung (Bursitis)
- Kalkschulter (Tendinosis calcarea)
- Schulterinstabilität (Luxation)
- Rotatorenmanschettenruptur
- Schultersteife
- Arthrose des Schulterreckgelenkes (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	(2300) Orthopädie
2	(2315) Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
3	(1600) Unfallchirurgie
4	(1523) Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Jens Rossek, Chefarzt
Telefon:	07951 490 371
Fax:	07951 490 373
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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:

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

Erläuterungen:	Es werden mit allen Cheförztnnen und Cheförzten 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
14	Sportmedizin/Sporttraumatologie
15	Fußchirurgie

Medizinische Leistungsangebote	
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
2	Tastbarer Gebäudeplan
3	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus

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

Vollstationäre Fallzahl:	680
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	155
2	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	136
3	M54.4	Lumboischialgie	73
4	M54.5	Kreuzschmerz	34
5	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	22
6	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	21
7	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	16
8	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	12
9	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	11
10	M54.6	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule	10
11	M54.2	Zervikalneuralgie	8
12	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	7
13	M20.1	Hallux valgus (erworben)	7
14	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	7
15	M19.91	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	6
16	M25.56	Gelenkschmerz: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	6
17	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	6
18	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	6
19	M23.32	Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus	5
20	S73.00	Luxation der Hüfte: Nicht näher bezeichnet	5
21	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	4
22	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	4
23	S83.2	Meniskusriss, akut	4

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
24	M25.55	Gelenkschmerz: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	4
25	M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose	4
26	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	4
27	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	4
28	M23.51	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Vorderes Kreuzband	4
29	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet	< 4
30	M87.05	Idiopathische aseptische Knochennekrose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	< 4

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	171
2	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	151
3	M54	Rückenschmerzen	131
4	M75	Schulterläsionen	40
5	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	28
6	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	20
7	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	20
8	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	14
9	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	11
10	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	10

B-[5].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-Code	Name	Gesamtsumme
1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	155
2	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	136
3	M54.4	Lumboischialgie	73
4	M54.5	Kreuzschmerz	34
5	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	22
6	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	21
7	S83.5	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes mit Beteiligung des (vorderen) (hinteren) Kreuzbandes	16
8	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	12
9	M25.5	Gelenkschmerz	12
10	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	11
11	M54.6	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule	10
12	M54.2	Zervikalneuralgie	8
13	M20.1	Hallux valgus (erworben)	7
14	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	7

	ICD-4-Code	Name	Gesamtsumme
15	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	7
16	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	6
17	S73.0	Luxation der Hüfte	6
18	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	6
19	M19.9	Arthrose, nicht näher bezeichnet	6
20	S32.0	Fraktur eines Lendenwirbels	5
21	S72.0	Schenkelhalsfraktur	5
22	M23.3	Sonstige Meniskusschädigungen	5
23	S83.2	Meniskusriss, akut	4
24	M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose	4
25	M48.0	Spinal(kanal)stenose	4
26	M23.5	Chronische Instabilität des Kniegelenkes	4
27	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	4
28	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	4
29	M54.8	Sonstige Rückenschmerzen	< 4
30	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet	< 4

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	188
2	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	131
3	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	109
4	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	56
5	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)	31
6	5-822.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert	26
7	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	24
8	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	21
9	5-805.6	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Akromioplastik mit Durchtrennung des Ligamentum coracoacromiale	21
10	5-805.7	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Naht	20
11	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	19
12	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	19
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	18
14	5-811.20	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Humeroglenoidalgelenk	18

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
15	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	15
16	5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik vorderes Kreuzband mit sonstiger autogener Sehne	15
17	5-822.h1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Zementiert	15
18	3-200	Native Computertomographie des Schädels	12
19	5-829.h	Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannenbodenplastik am Hüftgelenk	11
20	8-201.g	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Hüftgelenk	10
21	5-855.71	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnen Scheide: Tenodese eine Sehne, primär: Schulter und Axilla	10
22	5-783.0f	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Femur proximal	9
23	5-804.0	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Retinakulumspaltung, lateral	9
24	5-786.k	Osteosyntheseverfahren: Durch winkelstabile Platte	9
25	5-783.0h	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Femur distal	9
26	5-782.b0	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Klavikula	8
27	5-784.0k	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen: Tibia proximal	7
28	5-788.00	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale I	7
29	5-811.30	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, total: Humeroglenoidalgelenk	7
30	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	7

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	188
2	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	171
3	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	163
4	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	56
5	5-805	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	42
6	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	37
7	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	27
8	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	24
9	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	24
10	5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	22

Abkürzungen:

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

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Sportmedizin

B-[5].11.2 Pflegepersonal

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	15,27	15,27	0,00	0,00	15,27	44,5
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	2,00	2,00	0,00	0,00	2,00	340,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	680,0

Abkürzungen:

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

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

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

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

Zusatzqualifikationen	
1	Kinästhetik
2	Wundmanagement

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 unterschiedlichen Lebensphasen, von der Adoleszenz bis ins hohe Alter. Die individuelle Versorgung, auch im Notfall, von der Diagnosestellung bis hin zur Therapie und Nachsorge sowie eine umfassende Beratung stehen dabei im Mittelpunkt. In der Geburtshilfe erblicken jährlich rund 500 Babys das Licht der Welt. Dabei ist unser Ziel, eine individuelle und familienorientierte Geburtshilfe in entspannter und freundlicher Atmosphäre zu bieten, mit einem Maximum an Sicherheit für Mutter und Kind. Dies wiederum setzt einen Rund-um-die-Uhr Bereitschaftsdienst voraus, der durch die Fachärztinnen und -ärzte der Fachabteilung "Gynäkologie und Geburtshilfe" gewährleistet wird.

Frau Dr. Monica Diac, Chefärztin der Frauenklinik

Die Zertifizierung als babyfreundliches Krankenhaus erfolgte im Jahr 2016. Außerdem erhielt die Abteilung im Jahr 2017 die Zertifizierung als Endometriosezentrum und Beckenbodenzentrum.

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

Im Rahmen der Betreuung von Schwangeren besteht im Vorfeld der Geburt die Möglichkeit an Geburtsvorbereitungskursen teilzunehmen. Diese werden vom Hebammenteam in unserem Klinikum angeboten. Werdende Mütter erhalten dabei Informationen zu den entsprechenden Geburtstechniken, Entspannungsübungen sowie über Möglichkeiten der schmerzfreien Geburt mittels Periduralanästhesie und lernen gleichzeitig das Team der Hebammen kennen. Ferner werden Informationen zu möglichen Schwangerschaftsbeschwerden sowie zur richtigen Ernährung während und nach der Schwangerschaft vermittelt. Hierzu sind auch die Partner der werdenden Mütter eingeladen. Regelmäßige Kreißsaalführungen sowie Kurse zu den Themen "Stillen", "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 und des gynäkologischen Krebszentrums Hohenlohe in Schwäbisch Hall. Dadurch kann ein sehr breites medizinisches Leistungsspektrum abgedeckt werden.

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

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

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

Medizinische Leistungsangebote	
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	Neugeborenencreening

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
2	Tastbarer Gebäudeplan
3	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus

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

Vollstationäre Fallzahl:	1581
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	486
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	218
3	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	61
4	O48	Übertragene Schwangerschaft	60
5	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	56
6	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	53
7	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	34
8	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	30
9	N81.1	Zystozele	29
10	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	26
11	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	23
12	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	22
13	O47.1	Frustrane Kontraktionen ab 37 oder mehr vollendeten Schwangerschaftswochen	21
14	O81	Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumentextraktion	16
15	N81.6	Rektozele	16

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
16	O62.2	Sonstige Wehenschwäche	14
17	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	14
18	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	14
19	P59.9	Neugeborenenikterus, nicht näher bezeichnet	13
20	O64.1	Geburtshindernis durch Beckenendlage	12
21	O00.1	Tubargravidität	12
22	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	10
23	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	10
24	N81.3	Totalprolaps des Uterus und der Vagina	9
25	N85.0	Glanduläre Hyperplasie des Endometriums	9
26	N81.4	Uterovaginalprolaps, nicht näher bezeichnet	9
27	O20.0	Drohender Abort	9
28	D25.2	Subseröses Leiomyom des Uterus	8
29	P70.4	Sonstige Hypoglykämie beim Neugeborenen	8
30	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	7

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	486
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	218
3	N81	Genitalprolaps bei der Frau	128
4	O42	Vorzeitiger Blasensprung	62
5	O48	Übertragene Schwangerschaft	60
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	58
7	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	34
8	D25	Leiomyom des Uterus	34
9	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	33
10	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	30

B-[6].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-Code	Name	Gesamtsumme
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	486
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	218
3	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	61
4	O48	Übertragene Schwangerschaft	60
5	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	56
6	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	53
7	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	34
8	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	30
9	N81.1	Zystozele	29

	ICD-4-Code	Name	Gesamtsumme
10	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	26
11	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	23
12	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	22
13	O47.1	Frustrane Kontraktionen ab 37 oder mehr vollendeten Schwangerschaftswochen	21
14	N81.6	Rektozele	16
15	O81	Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumextraktion	16
16	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	14
17	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	14
18	O62.2	Sonstige Wehenschwäche	14
19	P59.9	Neugeborenenikterus, nicht näher bezeichnet	13
20	O64.1	Geburtshindernis durch Beckenendlage	12
21	O00.1	Tubargravidität	12
22	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	10
23	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	10
24	N81.3	Totalprolaps des Uterus und der Vagina	9
25	O20.0	Drohender Abort	9
26	N81.4	Uterovaginalprolaps, nicht näher bezeichnet	9
27	N85.0	Glanduläre Hyperplasie des Endometriums	9
28	D25.2	Subseröses Leiomyom des Uterus	8
29	P70.4	Sonstige Hypoglykämie beim Neugeborenen	8
30	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	7

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-242	Audiometrie	498
2	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	334
3	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	190
4	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	171
5	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	171
6	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	105
7	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	101
8	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	100
9	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	95
10	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	80
11	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	74
12	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	67

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
13	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	59
14	5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	59
15	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	57
16	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	55
17	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	54
18	5-593.20	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit alloplastischem Material: Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)	44
19	5-704.4e	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal, ohne alloplastisches Material, mit Fixation an den Lig. sacrouterina	41
20	5-932.1	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material	39
21	5-704.4f	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal, ohne alloplastisches Material, mit Fixation am Lig. sacrospinale oder Lig. sacrotuberale	37
22	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	36
23	5-681.53	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation	34
24	5-728.1	Vakuummentbindung: Aus Beckenmitte	34
25	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	33
26	5-932.00	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung	32
27	5-728.0	Vakuummentbindung: Aus Beckenausgang	29
28	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	27
29	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsioolyse: Laparoskopisch	25
30	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	25

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	525
2	1-242	Audiometrie	498
3	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	331
4	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	205
5	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	171
6	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	171
7	5-749	Andere Sectio caesarea	113
8	5-740	Klassische Sectio caesarea	113
9	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	105
10	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	101

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
	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
	VG07 - Inkontinenzchirurgie
	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	VU14 - Spezialsprechstunde
	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
	VG16 - Urogynäkologie
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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	113
2	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	87
3	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	81
4	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	21
5	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	16
6	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	15
7	5-671	Konisation der Cervix uteri	11
8	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	7
9	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	7
10	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	6

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)	3,22	3,22	0,00	1,22	2,00	790,5
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,22	2,22	0,00	1,00	1,22	1295,9

Abkürzungen:

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

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	39,00
---	-------

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,05	6,05	0,00	0,00	6,05	261,3
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,95	1,95	0,00	0,00	1,95	810,8
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,75	1,75	0,00	0,10	1,65	958,2
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	5					316,2

Abkürzungen:

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

B-[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
4	Praxisanleitung

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

Zusatzqualifikationen	
1	Kinästhetik
2	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



Dr. med. Gunther Gropper

Die Abteilung für **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO)** wird vom ortsansässigen Facharzt Herrn Dr. med. Gunther Gropper geführt. Damit ist eine enge Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung gewährleistet.

Das Fachgebiet der HNO umfasst Erkrankungen des Außen-, Mittel- und Innenohrs, der Nase und der Nasennebenhöhlen einschließlich der Schädelbasis sowie der oberen Atemwege mit Rachen, Kehlkopf und Speiseröhre. Des Weiteren beschäftigt sich das Fachgebiet der HNO mit allen Krankheiten, die das Gesicht und die Halsweichteile betreffen. Das gesamte HNO-Spektrum wird erfasst und therapiert. Bei größeren operativen Eingriffen (z. B. Tumorleiden) profitieren wir von unseren Kooperationen mit den umliegenden Universitätskliniken. Das im Klinikum Crailsheim angebotene Spektrum reicht von **Mund- und Rachenoperationen** (Mandeln und Polypen) über **Ohrenoperationen** (Paukenröhrchen) bis hin zu aufwendigen **plastischen Eingriffen an der Nase** (Nasenscheidewandverkrümmung und Veränderungen der äußeren Nase)

und **Nasennebenhöhlenoperationen**. Ein Teil der Eingriffe wird ambulant durchgeführt. Des Weiteren werden Patientinnen und Patienten anderer Abteilungen des Klinikums Crailsheim diagnostisch und therapeutisch bei bspw. **Schwindel, akuten Hörstörungen, Erkrankungen der Halslymphknoten** sowie obstruktiven **Atemwegserkrankungen** mitbehandelt. Die häufigsten Eingriffe bei Kindern sind Mandeloperationen, Polypenentfernungen und gehörverbessernde Operationen. Erwachsene mit ausgeprägter Nasenatmungsbehinderung sowie Formveränderungen der Nase und chronischen **Nasennebenhöhlenentzündungen** werden ebenfalls auf operativem Wege versorgt. In der HNO-Abteilung werden sämtliche akuten und chronischen Erkrankungen des Fachgebietes diagnostisch abgeklärt und behandelt. Aufgrund der Verzahnung zwischen Arztpraxis und Klinikum liegt der Schwerpunkt im Klinikum Crailsheim auf der operativen Versorgung.

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 490 420
Fax:	07951 490 429
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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarungen 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

Medizinische Leistungsangebote	
	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: 145

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	80
2	J33.8	Sonstige Polypen der Nasennebenhöhlen	43
3	J32.4	Chronische Pansinusitis	11
4	J32.8	Sonstige chronische Sinusitis	< 4
5	Z43.0	Versorgung eines Tracheostomas	< 4
6	J34.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	< 4
7	J34.3	Hypertrophie der Nasenmuscheln	< 4
8	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	< 4
9	J35.0	Chronische Tonsillitis	< 4
10	S00.35	Oberflächliche Verletzung der Nase: Prellung	< 4
11	J33.0	Polyp der Nasenhöhle	< 4

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	82
2	J33	Nasenpolyp	44
3	J32	Chronische Sinusitis	15
4	Z43	Versorgung künstlicher Körperöffnungen	< 4
5	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	< 4
6	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	< 4

B-[7].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-Code	Name	Gesamtsumme
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	80
2	J33.8	Sonstige Polypen der Nasennebenhöhlen	43
3	J32.4	Chronische Pansinusitis	11
4	J32.8	Sonstige chronische Sinusitis	< 4
5	Z43.0	Versorgung eines Tracheostomas	< 4
6	J33.0	Polyp der Nasenhöhle	< 4

	ICD-4-Code	Name	Gesamtsumme
7	J35.0	Chronische Tonsillitis	< 4
8	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	< 4
9	S00.3	Oberflächliche Verletzung der Nase	< 4
10	J34.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	< 4
11	J34.3	Hypertrophie der Nasenmuscheln	< 4

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	126
2	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	110
3	5-211.41	Inzision der Nase: Durchtrennung von Synechien: Mit Einnähen von Septumstützfolien	109
4	5-215.4	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Lateralisation	108
5	5-214.70	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit lokalen autogenen Transplantaten (Austauschplastik)	102
6	1-612	Diagnostische Rhinoskopie	87
7	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	57
8	5-214.0	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Submuköse Resektion	14
9	5-224.4	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal	2
10	5-316.2	Rekonstruktion der Trachea: Verschluss eines Tracheostoma	2
11	5-983	Reoperation	2
12	5-214.5	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur ohne Resektion	1
13	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiiell, transoral	1
14	5-222.0	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Infundibulotomie	1
15	5-217.1	Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase: Nasenflügel	1
16	5-221.1	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über mittleren Nasengang	1
17	5-211.0	Inzision der Nase: Drainage eines Septumhämatoms	1
18	5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	1
19	5-894.14	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	1
20	5-210.1	Operative Behandlung einer Nasenblutung: Elektrokoagulation	1
21	1-611.1	Diagnostische Pharyngoskopie: Indirekt	1
22	5-212.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der inneren Nase, endonasal	1

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	234
2	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	227
3	5-211	Inzision der Nase	110
4	1-612	Diagnostische Rhinoskopie	87
5	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	59
6	5-983	Reoperation	< 4
7	5-316	Rekonstruktion der Trachea	< 4
8	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	< 4
9	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	< 4
10	5-217	Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase	< 4

B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	74
2	5-200	Parazentese [Myringotomie]	71
3	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	8
4	5-184	Plastische Korrektur abstehender Ohren	< 4
5	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	< 4
6	5-211	Inzision der Nase	< 4
7	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	< 4
8	5-188	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres	< 4
9	5-202	Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr	< 4
10	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	< 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.
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2					72,5

Abkürzungen:

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

B-[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	39,00
---	-------

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,40	3,40	0,00	0,00	3,40	42,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,80	0,80	0,00	0,40	0,40	362,5

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

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

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Operationsdienst

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



Dr. med. Rüdiger Harle, MHBA

Schmerzen sind nicht nur quälend, sondern behindern auch 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 eine postoperative Schmerzfreiheit, um optimale Heilungsvoraussetzungen zu schaffen. Für stationäre Patientinnen und Patienten mit einem Schmerzkatheter und besonderer Schmerztherapie erfolgt täglich eine Schmerzvisite.

Alle stationären und ambulanten Narkosen im Klinikum werden von den Ärztinnen und Ärzten der Anästhesieabteilung durchgeführt. Die Abteilung ist mit langjährig erfahrenen Fachärztinnen und -ärzten besetzt. Die jeweilige Behandlung wird individuell zum geplanten Eingriff abgestimmt - auch die persönlichen Anliegen der Patientinnen und Patienten werden miteinbezogen. Es kommen alle gängigen Formen der Allgemeinanästhesie (Masken-, Kehlkopfmasken-, 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 angewandt.

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Name/Funktion:	Dr. med. Rüdiger Harle, MHBA, Chefarzt
Telefon:	07951 490 454
Fax:	07951 490 458
E-Mail:	info@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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:

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

B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	
1	Anästhesiologie

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Intensivmedizin Spezielle anästhesiologische Intensivmedizin
2	Notfallmedizin

B-[8].11.2 Pflegepersonal

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	32,95	32,95	0,00	0,00	32,95	0,0

Abkürzungen:

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

B-[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
3	Praxisanleitung

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 von stationären und ambulanten Patientinnen und Patienten im Klinikum Crailsheim werden von der im Haus gelegenen radiologischen Praxis erbracht. Diese deckt damit die konventionelle Röntgendiagnostik, die Mammographie, die Computertomographie und auch die Magnetresonanztomographie ab. Weiterhin wird die Notfallversorgung des Krankenhauses gewährleistet, sprich die Sicherstellung der radiologischen Diagnostik in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen. Leiter der Radiologie ist Herr Prof. Dr. med. Reinhard Tomczak.

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(3751) Radiologie

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

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Reinhard Tomczak, Leiter der Radiologie
Telefon:	07951 490 7373
Fax:	07951 046 465
E-Mail:	info@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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarungen 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)
10	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
11	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
12	Arteriographie
13	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren

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)	0,50	0,50	0,00	0,50	0,00	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0,50	0,50	0,00	0,50	0,00	0,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

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

B-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
1	Herzschr. macherversor Herzschr. macher- Implantation (09/1)	54	100
2	Herzschr. macherversor Aggregatwechsel (09/2)	11	100
3	Herzschr. macherversor Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	16	100
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	9	100
6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation (09/6)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
7	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	110	100
8	Geburtshilfe (16/1)	529	100
9	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	40	100
10	Mammachirurgie (18/1)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
11	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	121	99,2
12	Hüftendoprothesenverso (HEP)	216	100
13	Hüftendoprothesenverso Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	208	100

	Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
14	Hüftendoprothesenversor Hüft- Endoprothesenwechsel und - komponentenwechsel (HEP_WE)	9	100
15	Knieendoprothesenversc (KEP)	170	100
16	Knieendoprothesenversc : Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	167	100
17	Knieendoprothesenversc : Knieendoprothesenwech und -komponentenwechsel (KEP_WE)	4	100
18	Neonatologie (NEO)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
19	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	215	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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,77 % - 0,9 %
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	↻ 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	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 8,15 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,03 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,44
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
---------------------------------------	---------------

Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausfalls 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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	97,05 % - 99,91 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,61 % - 95,76 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	187
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	188

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 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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

Bundesergebnis

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,33 % - 1,5 %

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 Herzschrittmachers aufgrund eines verlangsamten Herzschlags

Kennzahl-ID	54139
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation 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, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. 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.</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	81,16 % - 96,85 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	92,56 % - 92,93 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	46
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	50

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

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	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	92,59 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,19 % - 98,37 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	48
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	48

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, das in der Mehrzahl der Fälle implantiert werden sollte

Kennzahl-ID	54141
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses

Vertrauensbereich	89,1 % - 99,63 %
-------------------	------------------

Bundesergebnis

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	96,27 % - 96,54 %

Fallzahl

Beobachtete Ereignisse	47
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	48

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

Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Minderzahl der Fälle implantiert werden sollte

Kennzahl-ID	54142
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 7,41 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,17 % - 0,24 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	48
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

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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p>Bundesergebnis</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>= 10,00 % (Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,58 % - 1,77 %</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>

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	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 25,88 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,16 %
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	
Kennzahl-ID	51398
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 25,88 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,33 %
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
Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden	
Kennzahl-ID	52307
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>91,97 % - 100 %</p>
<p>Bundesergebnis</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>>= 95,00 % (Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>97,67 % - 97,88 %</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>44</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>44</p>
<p>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</p>	
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>1089</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers</p>

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,57 % - 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	
Kennzahl-ID	51404
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p>Bundesergebnis</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>= 5,63 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,86 % - 1,15 %</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

Bundesergebnis

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,6 % - 1 %

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 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, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleich-bedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	71,67 % - 98,89 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,98 % - 96,45 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	16
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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,58 % - 0,79 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	51186
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 50,94 %</p>
<p>Bundesergebnis</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>= 5,98 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,93 % - 1,25 %</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,06</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>16</p>
<p>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>

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

Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausfalls 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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	84,87 % - 98,74 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,79 % - 96,05 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	42
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	44

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 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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

Bundesergebnis

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,6 % - 0,81 %

Fallzahl

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

Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen

Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 29,91 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,18 %
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
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	Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 29,91 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,13 % - 0,3 %
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
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	<p>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 Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	90,11 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	98,29 % - 98,49 %
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
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	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,84 % - 1,27 %
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	
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	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 4,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,75 % - 1,04 %
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

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	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

Bundesergebnis

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 6,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,99 % - 3,35 %

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

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	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 13,32 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,38 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,55 % - 0,71 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	25
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	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,42 % - 0,8 %
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
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	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 13,32 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 10,07 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	3,59 % - 3,98 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	25
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	79,68 % - 97,35 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 72,82 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	87,34 % - 87,98 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	36
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	39
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 32,44 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 20,00 %
Vertrauensbereich	8,5 % - 9,4 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	8
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 12,87 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 5,00 %
Vertrauensbereich	1,09 % - 1,31 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	26
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	
Kennzahl-ID	51906
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 11,28 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 4,18
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,09 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,32
Grundgesamtheit	79
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 5,2 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 5,59 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,67 % - 2,87 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	70
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 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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .

Bundesergebnis

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	15,45 % - 24,03 %

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.
---	--

Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen)

Kennzahl-ID	321
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 0,74 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,2 % - 0,23 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	517
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante</p>
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich	96,79 % - 97,52 %
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 43,45 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,19 % - 0,39 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	5
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 bei Kaiserschnittgeburten	
Kennzahl-ID	50045
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	96,5 % - 99,89 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich	98,99 % - 99,07 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	157
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	158
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	
Kennzahl-ID	51181
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,43 % - 2,32 %</p>
<p>Bundesergebnis</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>= 2,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,99 % - 1,04 %</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>5</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>4,97</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>320</p>
<p>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>

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

Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID	51397
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses

Vertrauensbereich	0 % - 3,8 %
-------------------	-------------

Bundesergebnis

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,1 %

Fallzahl

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1
Grundgesamtheit	517

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,32
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

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. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 14,68 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 5,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,9 % - 1,13 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,19
Grundgesamtheit	10
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

Kennzahl-ID	52249
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,24 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 1,25 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,99 % - 0,99 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	158
Erwartete Ereignisse	145,13
Grundgesamtheit	528
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 einer hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
Kennzahl-ID	54029
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p>

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 8,76 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 4,37 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,07 % - 1,24 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
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 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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	15,94 % - 16,53 %
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
Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
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. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,51 % - 2,42 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,35 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,06 % - 1,11 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	4,3
Grundgesamtheit	38
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 der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	54036
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 13,67 %</p>
<p>Bundesergebnis</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>= 4,92 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,87 % - 1,06 %</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,26</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>40</p>
<p>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>

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

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. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 7,86 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 3,54 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,66 % - 0,79 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,45
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	
Kennzahl-ID	54046
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p>Bundesergebnis</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>= 2,02 (90. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,97 % - 1,04 %</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>

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

Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium

Kennzahl-ID	2163
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante

Bundesergebnis

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,02 % - 0,16 %

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.
---	--

Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage

Kennzahl-ID	51370
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, kann dies auf Defizite bei der Information, Aufklärung und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen hindeuten.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 18,44 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	5 % - 5,36 %
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung

Kennzahl-ID	51846
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,04 % - 97,28 %
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten	
Kennzahl-ID	51847
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,83 % - 96,25 %
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund	
Kennzahl-ID	52268
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzbereichs für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	12,89 % - 13,41 %
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

Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)

Kennzahl-ID	52279
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante

Bundesergebnis

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich	95,99 % - 96,47 %

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.
---	--

Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)	
Kennzahl-ID	52330
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich	99,1 % - 99,35 %
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.

Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4)

Kennzahl-ID	52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 0,04 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	9084
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	93,71 % - 99,02 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,56 % - 96,73 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	155
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	159
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitäts-indikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	45,26 % - 93,68 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,56 % - 93,17 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	9
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	8,7 % - 29,58 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	15,34 % - 15,93 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	48
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	76,41 % - 88,21 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	94,9 % - 95,1 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	128
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	154
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
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	96,52 % - 99,89 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,95 % - 98,08 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	158
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	159
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
Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	54012
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,66 % - 2,47 %</p>
<p>Bundesergebnis</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>= 2,33 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,99 % - 1,03 %</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>8</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>6,23</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>193</p>
<p>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>

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	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthaltes zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 2,09 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	180
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p>

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 24,30 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	10,85 % - 11,37 %
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

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	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 6,03 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,56 % - 1,68 %
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

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	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 29,91 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 17,46 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	5,93 % - 6,51 %
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

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	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 11,11 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,35 % - 4,69 %

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	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses

Vertrauensbereich	0,98 % - 6,29 %
-------------------	-----------------

Bundesergebnis

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 7,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,34 % - 2,48 %

Fallzahl

Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	159

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	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses

Vertrauensbereich	0 % - 29,91 %
-------------------	---------------

Bundesergebnis

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 29,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	11,39 % - 12,15 %

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

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	96,34 % - 99,88 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,56 % - 97,72 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	150
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
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	70,18 % - 98,81 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,65 % - 96,2 %
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	90,47 % - 91,28 %

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

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses

Vertrauensbereich	81,54 % - 91,63 %
-------------------	-------------------

Bundesergebnis

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	92,29 % - 92,54 %

Fallzahl

Beobachtete Ereignisse	146
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	167

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

Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

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. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 4,65 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 4,22 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,88 % - 1 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,81
Grundgesamtheit	170
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 beim geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	
Kennzahl-ID	54124
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 4,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,04 % - 1,14 %

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 Kniegelenks oder einzelner Teile auftreten

Kennzahl-ID	54125
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 14,70 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,71 % - 5,33 %
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

Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben

Kennzahl-ID	54127
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 2,37 %</p>
<p>Bundesergebnis</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>Sentinel-Event</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,03 % - 0,05 %</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>158</p>
<p>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>

Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID	50050
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,79 % - 0,97 %
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.
Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)- unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	50052
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich hierbei um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,94 % - 1,21 %

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.
Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	50053
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,82 % - 0,98 %
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.
Kinder mit im Krankenhaus erworbenen Infektionen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	50060
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,53 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,05 %

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.
Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	50062
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
<p>Bundesergebnis</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>= 2,50 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,89 % - 0,99 %</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>-</p>
<p>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>

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.

Durchführung eines Hörtests

Kennzahl-ID	50063
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Bundesergebnis

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,72 % - 97,9 %

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.
---	--

Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)

Kennzahl-ID	51076
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	2,97 % - 3,64 %
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.
Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)	
Kennzahl-ID	51078
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich hierbei um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	3,11 % - 3,99 %
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.
Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)	
Kennzahl-ID	51079
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	5,14 % - 6,12 %
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.
Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)	
Kennzahl-ID	51832
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	3,83 % - 4,57 %
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.
Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	51837
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
<p>Bundesergebnis</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>Nicht definiert</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,91 % - 1,09 %</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>-</p>
<p>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>

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.
Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)	
Kennzahl-ID	51838
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	1,25 % - 1,7 %
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.

Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID	51843
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	1,07 % - 1,46 %
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.

Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung von Frühgeborenen	
Kennzahl-ID	51901
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008). Für Frühgeborene zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick, Welch et al. 2004; Heller 2008; AQUA 2011). Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde ein Qualitätsindex für Frühgeborene entwickelt, in dem verschiedene zentrale Indikatoren der Ergebnisqualität für Frühgeborene gemeinsam verrechnet werden. AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2013): Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung. Stand: 18.03.2013. Göttingen: AQUA. Signatur: 13-SQG-005. URL: https://sqq.de/downloads/Themen/Strukturierter_Qualit (abgerufen am: 21.03.2018). Dimick, JB; Welch, HG; Birkmeyer, JD (2004): Surgical mortality as an indicator of hospital quality: the problem with small sample size. JAMA - Journal of the American Medical Association 292(7): 847-51. DOI: 10.1001/jama.292.7.847. Heller, G (2008): Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51(10): 1173-1182. DOI: 10.1007/s00103-008-0652-0. Swamy, GK; Østbye, T; Skjærven, R (2008): Association of preterm birth with long-term survival, reproduction, and next-generation preterm birth. JAMA - Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429.</p>
---------------------------------	---

Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,08 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,02 %
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.
Wachstum des Kopfes	
Kennzahl-ID	52262
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.</p>
<p>Bundesergebnis</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>= 22,20 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>9,14 % - 10,05 %</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>-</p>
<p>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>

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.

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	98,25 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,39 % - 98,48 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	216
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	216
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 (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)

Kennzahl-ID	2006
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	98,25 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	216
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	216
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
Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen)	
Kennzahl-ID	2007
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,97 %
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.

Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/ Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)

Kennzahl-ID	2009
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses

Vertrauensbereich	97,26 % - 99,91 %
-------------------	-------------------

Bundesergebnis

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,18 % - 95,35 %

Fallzahl

Beobachtete Ereignisse	202
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	203

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	89,6 % - 97,71 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,88 % - 94,13 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	115
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	121
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	94,26 % - 99,55 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,49 % - 95,68 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	121
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	123
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	98,24 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,18 % - 96,32 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	215
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	215
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	
Kennzahl-ID	50778
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,41 % - 0,97 %</p>
<p>Bundesergebnis</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>= 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,03 % - 1,05 %</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>19</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>29,77</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>216</p>
<p>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>

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

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
<input type="checkbox"/>	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	MRE	Ja
2	Schlaganfall: Akutbehandlung	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	152	

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):	29
- 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 erfolgt in Übereinstimmung mit unserem Klinikleitbild. Durch die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems lässt sich die Qualität unserer Leistungen sicherstellen. Das Qualitätsmanagementsystem bildet des Weiteren die Grundlage für den im Klinikum Crailsheim praktizierten kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

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

Wir fungieren im Landkreis Schwäbisch Hall als modern ausgestattetes Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung. Unsere klinisches Personal ist hervorragend ausgebildet. Wir behandeln und betreuen unsere Patientinnen und 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 Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen gerecht zu werden, um eine bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Der Mensch steht für uns im Mittelpunkt des Handelns, unabhängig von dessen Alter oder dessen ethischer, religiöser oder gesellschaftlicher Stellung. Durch die konsequente Einbeziehung der Patientinnen und Patienten und deren Angehörige in den Behandlungsprozess kann auf individuelle Bedürfnisse und notwendige Hilfestellungen eingegangen werden. Mittels verschiedener Instrumente erheben wir regelmäßig die Bedürfnisse und Erwartungen unserer Patientinnen und Patienten und leiten Verbesserungsmaßnahmen ein.

Wir erwarten nicht nur qualifiziertes Fachwissen und die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen, sondern auch Freundlichkeit und Menschlichkeit. Wir unterstützen Teamfähigkeit sowie persönliches Engagement.

Großen Wert legen wir auf eine 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 vorhandenen Ressourcen, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit, des betrieblichen Umweltschutzes und des Arbeitsschutzes.

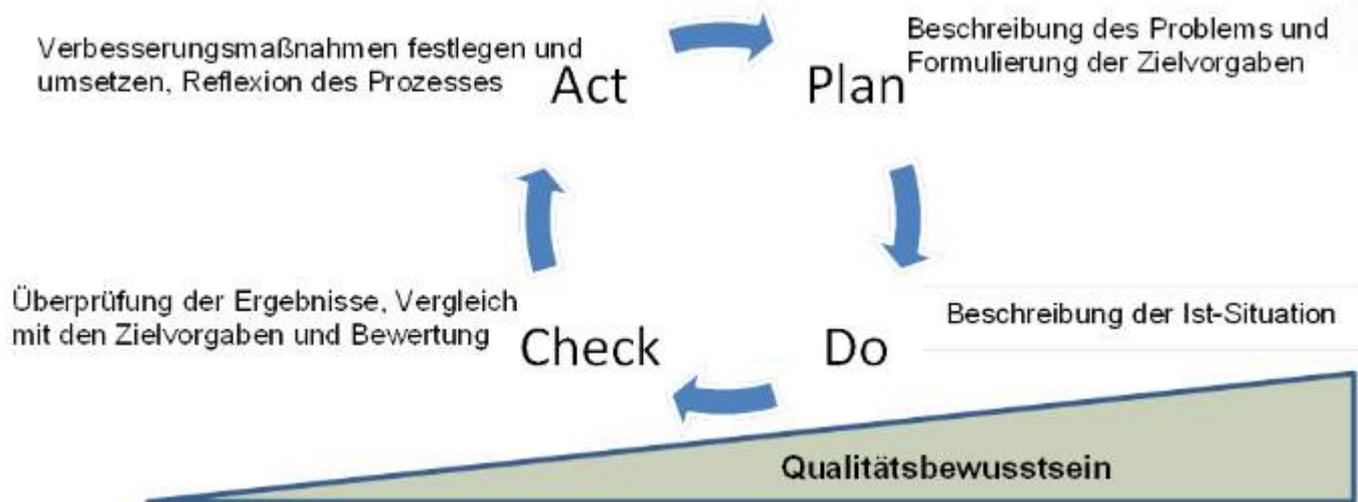
Wir nutzen das Qualitätsmanagement zur kontinuierlichen Weiterentwicklung und Verbesserung unserer Abläufe und Prozesse und unseres Behandlungsangebotes.

D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses

Wir arbeiten an der Verbesserung unserer Abläufe und Prozesse mit Hilfe des Qualitätsmanagements im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Konkret bedeutet dies, dass wir unsere Abläufe und Prozesse hinterfragen, prüfen und gegebenenfalls neu formulieren. Dies geschieht beispielsweise im Rahmen interdisziplinärer Arbeitsgruppen, den sogenannten "Qualitätszirkeln".

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

Zur ständigen Verbesserung unserer Qualität nutzen wir den kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden Probleme erkannt, Maßnahmen und Standards definiert, regelmäßig überprüft und mit den geplanten Abläufen verglichen. Aus den Ergebnissen des Abgleichs resultieren wiederum weitere Interventionen, falls notwendig. Wir orientieren uns dabei am PDCA-Zyklus:



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

D-1.2.1 Patientenorientierung

Bei uns im Klinikum Crailsheim stehen die Patientinnen und Patienten mit ihren individuellen Bedürfnissen, Problemen und Anliegen im Mittelpunkt der Betrachtung. Die Autonomie und das Recht der Selbstbestimmung unserer Patientinnen und Patienten haben oberste Priorität. Während des Behandlungsprozesses wird auf die sozialen, kulturellen und psychischen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingegangen. Die Ressourcen der Patientinnen und Patienten werden ermittelt und gefördert. Ziel ist die Erreichung einer größtmöglichen Selbständigkeit der Patientinnen und Patienten. Durch individuelle Beratung und Anleitung soll auch der Genesungsprozess im Anschluss an die Entlassung unterstützt werden.

Mittels permanenter Befragung der Patientinnen und Patienten lässt sich eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung sicherstellen. In regelmäßigen Sitzungen werden die Verbesserungsvorschläge der Patientinnen und Patienten besprochen und Maßnahmen beschlossen.

Um unseren Patientinnen und Patienten schon im Vorfeld ihres Aufenthaltes Informationen über das Leistungsspektrum des Klinikums Crailsheim zu vermitteln, wird die Homepage kontinuierlich aktualisiert. Im Rahmen der Homepagegestaltung wurde eine benutzerfreundliche Aufbereitung von Informationen sowie eine einfache und klare grafische Struktur gewählt.

Ebenso stehen unseren Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen Broschüren mit wichtigen Informationen rund um die Klinik zur Verfügung. Zudem finden monatliche Vortragsveranstaltungen statt.

D-1.2.2 Verantwortung und Führung

Die Leitung des Klinikums Crailsheim richtet sich neben wirtschaftlichen, insbesondere nach ethischen, sozialen und gesellschaftlichen Grundsätzen.

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

Ein respektvoller und fairer Umgang wird stets angestrebt, um eine gute Zusammenarbeit und ein angenehmes und motivierendes Arbeitsklima gewährleisten zu können. Selbstverständlich ist der gegenseitige Respekt und die positive Wertschätzung zwischen der Klinikleitung, den Führungskräften und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Konstruktiver Kritik und Verbesserungsvorschlägen steht die Klinikleitung stets offen gegenüber.

Flache Hierarchiestrukturen ermöglichen kurze Entscheidungswege. In der Betriebsleitungskonferenz, welcher der Geschäftsführer, der Klinische Direktor, der Kommissarische Ärztliche Direktor, der Kommissarische Medizinische Direktor und die

Pflegedienstleitung angehören, werden Strategien besprochen und Entscheidungen getroffen. Ergebnisse der Betriebsleitungskonferenz werden anschließend in den Abteilungen kommuniziert und so für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter transparent gemacht.

Über alle Abteilungen des Klinikums Crailsheim hinweg finden regelmäßige Zielvereinbarungsgespräche und Regelbeurteilungen statt.

D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter wird anhand ihrer/seiner Qualifikation, ihrer/seiner Fähigkeiten und ihrer/seiner Kompetenzen eingesetzt und bekommt die Möglichkeit sich weiterzuentwickeln. Die Motivation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird stets gefördert. Wir streben danach, die individuellen Bedürfnisse unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu befriedigen.

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

Es liegen für viele Bereiche Konzepte vor, die eine strukturierte Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ermöglichen. Des Weiteren erfolgen in regelmäßigen Abständen Gespräche mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, um den gemeinsam Erfolg zu reflektieren.

D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit

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

D-1.2.5 Prozessorientierung

Im Juli 2013 wurde im Klinikum Crailsheim ein Klinisches Prozessmanagement eingerichtet, das sich für das Projekt-, Prozess- und Qualitätsmanagement zuständig zeichnet. So rückt die Prozessoptimierung in den Vordergrund der Betrachtung und ermöglicht es damit Abläufe und Prozesse, in Zusammenarbeit mit allen im Klinikum Crailsheim tätigen Berufsgruppen, effektiver und effizienter zu gestalten.

D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

Ein strukturiertes Beschwerdemanagement und eine systematische und kontinuierliche Befragung der Patientinnen und Patienten werden umgesetzt und ermöglichen eine frühzeitige Identifikation von Schwachstellen. Ergebnisse der Rückmeldungen durch die Patientinnen und Patienten werden zeitnah an die Verantwortlichen gemeldet und entsprechende Maßnahmen eingeleitet.

Um Fehler zu vermeiden kommen verschiedene Instrumente zum Einsatz, z. B. das Patientenidentifikationsband oder eine Checkliste vor OP-Beginn, die Verwechslungen ausschließen soll.

Im Rahmen von Fallbesprechungen, z. B. zu Patientinnen und Patienten, die über den Schockraum eingeliefert werden, werden medizinische und organisatorische Aspekte im Team besprochen.

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

Im Jahr 2017 wurde ein klinikinternes CIRS-System eingeführt, dass in der Zwischenzeit regelhaft zur Anwendung kommt. Außerdem wurde innerhalb einer jeden Abteilung ein Risikomanagementbeauftragter benannt. Die Risikomanagementbeauftragten der jeweiligen Abteilungen und Professionen treffen sich halbjährlich zum gegenseitigen Austausch.

D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess

In verschiedenen Bereichen wie der Endoprothetik, der Alterstraumatologie oder dem Schockraummanagement, stellen wir uns im Rahmen einer Zertifizierung der Überprüfung durch externe Fachexpertinnen und -experten. Dadurch gewährleisten 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, das Intranet, regelmäßige Klinikgespräche, Flyer und den jährlichen Qualitätsbericht wird unsere Qualitätspolitik nach innen und außen transportiert. Des Weiteren pflegen wir den persönlichen Kontakt zu all unseren Kundinnen und Kunden.

D-2 Qualitätsziele

Das Qualitätsmanagement unterstützt das Bestreben des Klinikums Crailsheim eine möglichst hohe Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten im Sinne einer optimalen Patientinnen- und Patientenversorgung unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Belange zu erreichen.

Ziel des Qualitätsmanagements im Klinikum Crailsheim ist es, zwischen den Ansprüchen aus gültigen Qualitätsnormen, der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie weiterer Kundinnen und Kunden und der alltäglichen Praxis zu vermitteln.

Folgende Grundsätze sind uns wichtig:

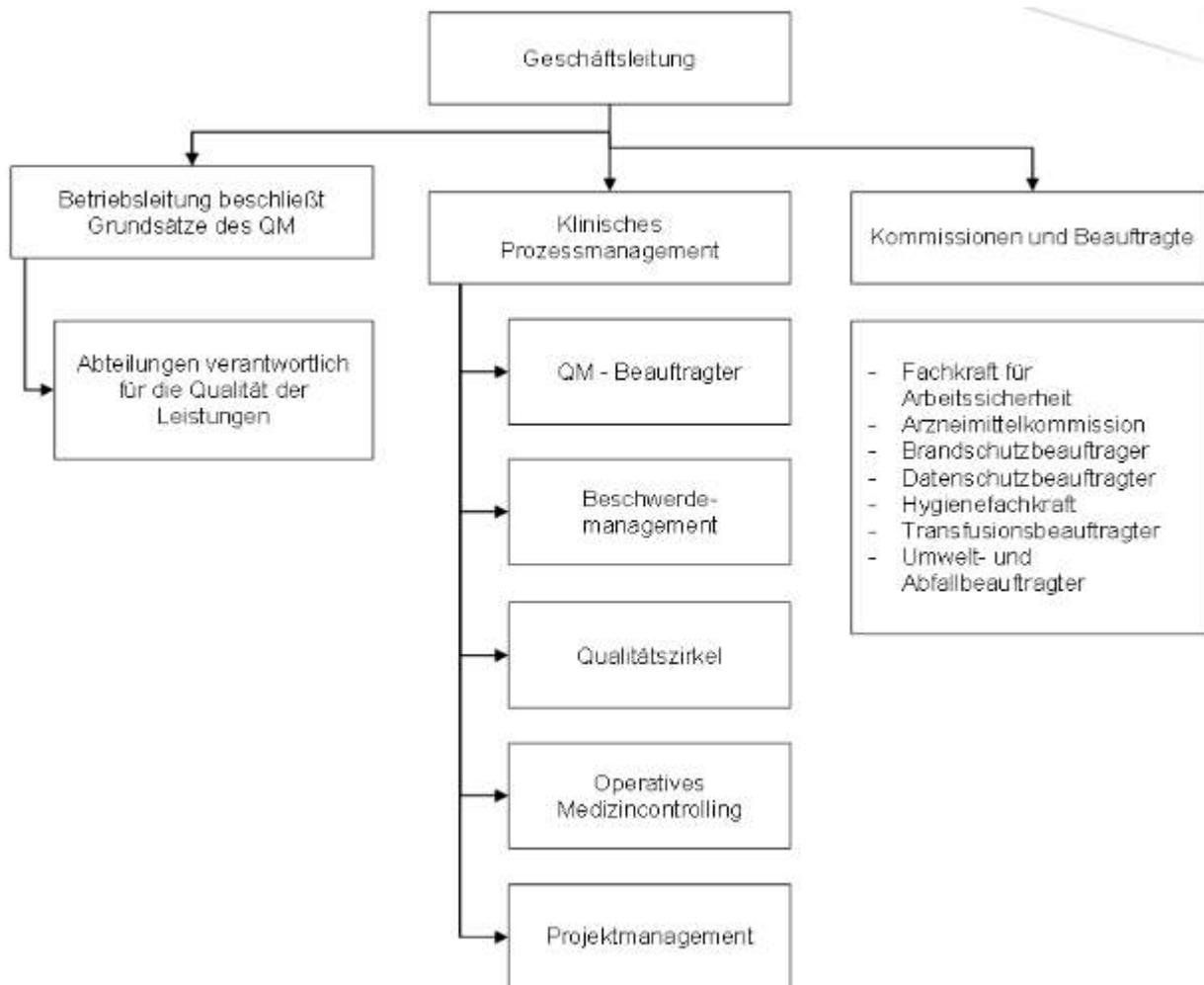
- * Patientenorientierung
- * Qualifikation und Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- * Förderung der internen und externen Kommunikation
- * Beobachtung und Verbesserung der Versorgungsqualität
- * Förderung des offenen Umgangs mit Defiziten

Um eine möglichst hohe Durchdringung des Qualitätsmanagementsgedankens unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu erreichen, werden Informationsveranstaltungen zum Thema "Qualitätsmanagement" angeboten.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Leitung des klinikinternen Qualitätsmanagements obliegt dem Klinischen Prozessmanagement. In Abstimmung mit der Betriebsleitung ist das Klinische Prozessmanagement 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 Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und das große Interesse selbiger an ihrem Arbeitsbereich ein Garant für die Weiterentwicklung des hausinternen Qualitätsmanagements. Seitens des Klinikums werden hierzu interne und externe Fortbildungsmaßnahmen angeboten.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Qualitätszirkel

Im Berichtszeitraum wurden Qualitätszirkel zu verschiedenen Themen wie z. B. Dekubitusprophylaxe durchgeführt. Diese Arbeitsgruppen erstellen Verfahrensanweisungen, die wiederum von der Leitungsebene der betreffenden Abteilungen freigegeben und implementiert werden.

Standards und Leitlinien

Die pflegerischen Standards 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, orientiert an den medizinischen Leitlinien, vor.

Projektmanagement

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

Dokumentenlenkung

Alle Dokumente sind softwaregestützt 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 allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über das Intranet zur Verfügung.

Schmerzmanagement

Unser Ziel ist die Gewährleistung der Schmerzfreiheit aller Patientinnen und Patienten. Jede Patientin und jeder Patient wird auf unseren Stationen mindestens zweimal täglich zur aktuellen Schmerzstärke befragt. Die Erfragung der Schmerzstärke erfolgt unter Zuhilfenahme einer klar definierten Skala. Je nach Schmerzstärke werden standardisierte Schmerzschemas in enger Abstimmung mit den Ärztinnen und Ärzten verabreicht. Sowohl von den Operateurinnen und Operateuren als auch von den Anästhesistinnen und Anästhesisten werden zusätzlich örtliche Betäubungsverfahren eingesetzt, um eine optimale Schmerzfreiheit der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Interne Begehungen und Audits

Um die Umsetzung der Qualitätsanforderungen zu prüfen werden systematische Begehungen, Einsichten in die Dokumente und Befragungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt. Anschließend werden die Ergebnisse mit allen Beteiligten besprochen und ggf. Maßnahmen eingeführt. Der Erfolg der eingeführten Maßnahmen wird dann evaluiert.

Durch die Hygienefachkraft werden in den Pflege- und Funktionsbereichen regelmäßige Hygieneaudits durchgeführt. Des Weiteren wurden für jeden Bereich Hygienebeauftragte benannt, die als Multiplikatoren fungieren. Schwerpunktmaßiges Tätigkeitsfeld ist die Prävention von nosokomialen, also im Krankenhaus erworbenen Infektionen.

Beschwerdemanagement

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

Patientenbefragung

Alle stationären Patientinnen und Patienten erhalten bei der Aufnahme einen Befragungsbogen. Der Befragungsbogen beinhaltet Fragen zu den folgenden Themen:

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

Die ausgefüllten Befragungsbögen werden innerhalb des Qualitätsmanagements ausgewertet. Die Bereichsleitungen und Chefärztinnen und -ärzte erhalten regelmäßig Auswertungen zu den Ergebnissen der Befragung.

Patienteninformationen

Wir verfügen über Flyer zu unterschiedlichen, für die Patientinnen und Patienten relevanten Themen, welche 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 sogenannte "Klinikgespräche" statt. Hierbei handelt es sich um Fachvorträge durch Chefärztinnen und -ärzte oder weitere Fachexpertinnen und -experten. Die Teilnahme an diesen Veranstaltungen ist kostenfrei.

Kooperationen

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

Des Weiteren bestehen Kooperationen mit regionalen und überregionalen Zentren zur umfassenden Versorgung unserer Patientinnen und Patienten.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Die folgenden Qualitätsmanagement - Projekte wurden 2017 umgesetzt:

- Vorhandene Zertifikate:
 - EndoProthetikZentrum
 - Angehörigenfreundliche Intensivstation
 - Mitglied im Hohenloher Herzkreislaufzentrum
 - Lokales Traumazentrum (Schockraummanagement)
 - Kontinenz- und Beckenbodenzentrum
 - Babyfreundliches Krankenhaus
 - Endometriosezentrum
 - Hernienzentrum (Herniamed)
- Vollständige **Umsetzung** des **Entlassmanagements**
- Einführung der **Software "Intrafox"** im Rahmen des Risikomanagements zur **Dokumentation der klinischen Risiken**
- Einführung des **CIRS**
- Einführung der **Software "Roxtra"** zur **Verwaltung und digitalen Freigabe von Dokumenten**
- **Vorbereitung** für die **Trennung der chirurgischen Abteilungen**
- **Vorbereitung** für die Einrichtung eines **Herzkatheterlabors**
- Zertifizierung zum "Kontinenz- und Beckenbodenzentrum" im Dezember 2017 gemeinsam mit dem Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall
- Zertifizierung zum "Endometriosezentrum"