



Zollernalb Klinikum gGmbH

**Strukturierter Qualitätsbericht gemäß
§ 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V
über das Berichtsjahr 2016**

Zollernalb Klinikum Albstadt



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Einleitung	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	4
A-0 Fachabteilungen	4
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-1.1 Kontakt Daten des Standorts	5
A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts	6
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	7
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	12
A-8.1 Forschung und akademische Lehre	12
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen	12
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	12
A-10 Gesamtfallzahlen	12
A-11 Personal des Krankenhauses	13
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	13
A-11.2 Pflegepersonal	14
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	16
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	17
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	19
A-12.1 Qualitätsmanagement	19
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	20
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	23
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	28
A-13 Besondere apparative Ausstattung	29
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	30
B-[1] Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie - Dr. med. Uwe Markert	30
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	30
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	31
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	32
B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ..	32
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	32
B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD	33
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	34
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	34
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	35
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	35
B-[1].11 Personelle Ausstattung	36
B-[2] Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Dr. med. Johannes Hub	40
B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	40
B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	40
B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	41
B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ..	41
B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	41
B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD	41
B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	42

B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	42
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	42
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	42
B-[2].11	Personelle Ausstattung	43
B-[3]	Innere Medizin - Dr. med. Brigitta Bienstein	47
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	47
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	48
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	49
B-[3].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ..	50
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	50
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	51
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	52
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	53
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	54
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	54
B-[3].11	Personelle Ausstattung	55
B-[4]	Zentralanästhesie - Dr. med. Volker Hauff	59
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	59
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	60
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	60
B-[4].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ..	60
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	60
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	60
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	60
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	60
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	61
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	61
B-[4].11	Personelle Ausstattung	62
B-[5]	Zentralradiologie - Prof. Dr. med. Michael Bitzer	65
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	65
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	66
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	67
B-[5].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ..	67
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	67
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	68
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	69
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	70
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	70
B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	70
B-[5].11	Personelle Ausstattung	71
B-[6]	Augenheilkunde - Dr. med. Theresia Wagner	73
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	73
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	73
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	74
B-[6].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ..	74
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	74
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD	74
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	75
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	75
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	75
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	75
B-[6].11	Personelle Ausstattung	76

C	Qualitätssicherung	77
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	77
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	77
C-1.2	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL	79
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	128
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	128
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	128
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	128
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	128
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	129
D	Qualitätsmanagement	130
D-1	Qualitätspolitik	130
D-1.1	Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission	132
D-1.2	Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses	132
D-1.3	Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).	135
D-2	Qualitätsziele	136
D-2.1	strategische/ operative Ziele	136
D-2.2	Messung und Evaluation der Zielerreichung	136
D-2.3	Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung	136
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	137
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	138
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	140
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	140

Vorwort

Gesundheit leben, erhalten und wiederherstellen

Zur Zollernalb Klinikum gGmbH gehören die Krankenhäuser in Albstadt und Balingen.

Unsere rund 1.250 Mitarbeiter stellen eine umfassende, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung rund um die Uhr sicher.

In gemeinschaftlichem Einsatz stellen sie sich Jahr für Jahr täglich rund um die Uhr den Herausforderungen des Klinikalltags. Trotz den immer schwieriger werdenden wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen geschieht dies mit höchster Motivation - zum Wohle unserer Patienten.

Das Krankenhaus Albstadt ist ein innovatives Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 231 Betten. In 3 Fachabteilungen wurden im Jahr 2016 insgesamt 8825 stationäre und 25135 ambulante Patienten auf hohem Niveau versorgt und betreut.

Das Krankenhaus Albstadt beschäftigt 606 Mitarbeiter in Voll- und Teilzeit und nimmt mit der eigenen Gesundheits- und Krankenpflegeschule eine wichtige Funktion zur Ausbildung des pflegerischen Nachwuchses wahr.

Mit dem Qualitätsbericht 2016 stellen wir Ihnen unser fachübergreifendes Leistungsspektrum vor.

In Teil A finden Sie einen Überblick über unsere Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses.

In Teil B stellen wir Ihnen die Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen vor, Teil C und D runden den Bericht mit einem Einblick in unsere Qualitätssicherungsmaßnahmen, sowie Qualitätspolitik und -ziele ab.

Manfred Heinzler
Komm. Geschäftsführer

Balingen, den 31.07.2017



Einleitung

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

die Zollernalb Klinikum gGmbH ist eine gemeinnützige Gesellschaft, deren Träger der Landkreis ist und zwei Standorte - Albstadt und Balingen - vereint.

Das Krankenhaus Albstadt befindet sich im Stadtteil Albstadt - Ebingen, inmitten der Schwäbischen Alb.

In dieser landschaftlichen Idylle leben wir die bürgernahe medizinische Versorgung und verbinden in unserem Haus in Albstadt gute Tradition mit modernster Medizin.

Die Klinik bietet das volle Spektrum der Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie einschließlich eines zertifizierten Darmzentrums, die Internistische Klinik mit den Schwerpunkten Kardiologie und Angiologie mit einer zertifizierten Brustschmerzeinheit (Chest Pain Unit) und einer Stroke Unit sowie die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie an.

Die Chirurgische Klinik ermöglicht durch die Kombination von Viszeral- und Gefäßchirurgie multiviszerale Operationen (Eingriffe an mehreren Bauchorganen), bei denen oftmals auch Blutgefäße ersetzt werden müssen. Unser Darmzentrum ist mit seinem Leistungsspektrum - insbesondere im Bereich Darmkrebserkrankungen - weit über unsere Kreisgrenze hinaus bekannt und geschätzt. Die hohe Behandlungsqualität bescheinigen die Zertifizierungen und die Anerkennung als zertifiziertes Darmkrebszentrum durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG). Außerdem agiert die Chirurgische Klinik seit 2015 als Hauptkooperationspartner im zertifizierten, interdisziplinären Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Albstadt-Sigmaringen sowie als Kooperationspartner im lokalen Traumazentrum Zollernalb Klinikum Balingen.

Die ebenfalls zertifizierte Internistische Klinik verfügt über ein sehr breites Spektrum der Diagnostik und Therapie, insbesondere im Bereich der Kardiologie und Angiologie. Unser moderner Linksherzkathetermessplatz gewährleistet rund um die Uhr die sofortige Versorgung von Infarktpatienten. Umfassende Ultraschalldiagnostik, Herzschrittmacher- und Defibrillatorentherapie, die intensivmedizinische Versorgungsmöglichkeit, die Versorgung auf einer zertifizierten Brustschmerzeinheit (Chest Pain Unit) sowie die hervorragende Zusammenarbeit mit unserer hauseigenen radiologischen Abteilung stellen die Versorgung unserer Patienten auf höchstem Niveau sicher. Im Bereich der Nierenerkrankungen wird die internistische Klinik durch eine nephrologische Praxis unterstützt, wodurch auch Nierenersatzverfahren (Hämodialyse) qualifiziert durchgeführt werden können. Ein weiteres Augenmerk in den letzten Jahren ist der Aufbau einer lokalen Schlaganfalleinheit (Stroke Unit), wodurch eine hochqualifizierte und wohnortnahe Hilfe der zeitkritischen Behandlung der Patienten sichergestellt ist. Ebenfalls durch die internistische Klinik betreut und von niedergelassenen Kollegen unterstützt, konnte ein Schlaflabor mit 4 Plätzen etabliert werden.

Ab 01.12.2015 konnten wir in Kooperation mit dem Vinzenz von Paul Hospital gGmbH Rottweil eine Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie mit 18 Einzelzimmern aufbauen. Ein multidisziplinäres Team kümmert und betreut auch hier unsere Patienten auf höchstem Niveau rund um die Uhr.

Anästhesiologische Versorgung mit Intensivkapazitäten sowie umfassende, hoch moderne radiologische Diagnostik unterstützen zusätzlich unsere hochwertige Versorgung. Beide Bereiche sind ebenfalls nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert.

Weiter bieten wir in Albstadt auch Notfallmedizin, Schmerztherapie, Palliativmedizin, Augenbehandlungen (Belegärztin) sowie onkologische Betreuung an.

Unsere Patienten medizinisch wie pflegerisch auf hohem Niveau zu versorgen und zu betreuen steht im Mittelpunkt unseres Handelns.

Mit diesem Bericht möchten wir unsere Patienten, Partner, einweisende Ärzte, Kostenträger und Interessierte umfassend über die hohe Qualität unseres Leistungsspektrums, unserer Abläufe und Ergebnisqualität informieren.

Der Qualitätsbericht entspricht dabei den Vorgaben der gesetzlichen Regelungen.

Eine aufschlussreiche und informative Lektüre wünscht Ihnen die Geschäftsführung der Zollernalb Klinikum gGmbH

Ihr

Manfred Heinzler
Komm. Geschäftsführer

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Dipl. Pflegewirtin (FH) Karin Schmid, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	07433 90922022
Fax:	07433 90922009
E-Mail:	karin.schmid@zollernalb-klinikum.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Manfred Heinzler, Kommissarischer Geschäftsführer, ab 01.08.2017 Kaufmännischer Geschäftsführer
Telefon:	07433 90922051
Fax:	07433 90922059
E-Mail:	manfred.heinzler@zollernalb-klinikum.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	http://www.zollernalb-klinikum.de/standards/home/
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	http://www.zollernalb-klinikum.de/wir-ueber-uns/qualitaetsmanagement/qualitaetsberichte/

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	Abteilungsart	Schlüssel	Fachabteilung
1	Hauptabteilung	1550	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie - Dr. med. Uwe Markert
2	Hauptabteilung	3100	Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Dr. med. Johannes Hub
3	Hauptabteilung	0103	Innere Medizin - Dr. med. Brigitta Bienstein
4	Nicht-Bettenführend	3600	Zentralanästhesie - Dr. med. Volker Hauff
5	Nicht-Bettenführend	3751	Zentralradiologie - Prof. Dr. med. Michael Bitzer
6	Belegabteilung	2700	Augenheilkunde - Dr. med. Theresia Wagner

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Zollernalb Klinikum gGmbH
PLZ:	72336
Ort:	Balingen
Straße:	Tübinger Straße
Hausnummer:	30
IK-Nummer:	260840164
Standort-Nummer:	99
Krankenhaus-URL:	http://www.zollernalb-klinikum.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Zollernalb Klinikum Albstadt
PLZ:	72458
Ort:	Albstadt
Straße:	Friedrichstraße
Hausnummer:	39
IK-Nummer:	260840164
Standort-Nummer:	2
E-Mail:	info@zollernalb-klinikum.de
Standort-URL:	http://www.zollernalb-klinikum.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Josef Weiss bis 31.05.2016, Sybille Ächtler vom 01.04.2016 bis 31.01.2017, Manfred Heinzler ab 01.02.2017 Komm. Geschäftsführer, ab 01.08.2017 Kaufmännischer Geschäftsführer
Telefon:	07433 90922051
Fax:	07433 90922059
E-Mail:	manfred.heinzler@zollernalb-klinikum.de
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Michael Bitzer, Ärztlicher Direktor, Chefarzt Zentralradiologie
Telefon:	07431 991701
Fax:	07431 991706
E-Mail:	michael.bitzer@zollernalb-klinikum.de
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Bachelor of Business Administration (BBA) Thomas Scholz, ab 01.11.2016 Pflegedirektor
Telefon:	07433 90922200
Fax:	07433 90922205
E-Mail:	thomas.scholz@zollernalb-klinikum.de
Leitung des Standorts:	
Standort:	Zollernalb Klinikum Albstadt
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Josef Weiss bis 31.05.2016, Sybille Ächtler vom 01.04.2016 bis 31.01.2017, Manfred Heinzler ab 01.02.2017 Komm. Geschäftsführer, ab 01.08.2017 Kaufmännischer Geschäftsführer
Telefon:	07433 90922051
Fax:	07433 90922059
E-Mail:	manfred.heinzler@zollernalb-klinikum.de

Standort:	Zollernalb Klinikum Albstadt
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Michael Bitzer, Ärztlicher Direktor, Chefarzt Zentralradiologie
Telefon:	07431 991701
Fax:	07431 991706
E-Mail:	michael.bitzer@zollernalb-klinikum.de

Standort:	Zollernalb Klinikum Albstadt
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Dipl. Pflegewirtin (FH) Elke Graf-Schenk, Pflegedienstleitung
Telefon:	07431 991800
Fax:	07431 991098
E-Mail:	elke.graf-schenk@zollernalb-klinikum.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Zollernalbkreis
Träger-Art:	öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

1 Eberhard-Karls-Universität Tübingen

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Nein
---	------

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
1	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <i>z. B. durch Sozialdienst, Diabetesberaterin, Geriatischer Schwerpunkt, Psychoonkologie</i>
2	Atemgymnastik/-therapie
3	Basale Stimulation <i>auf der Intensivstation</i>
4	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>Abschiedszimmer, Palliativversorgung, Ethikkomitee und Durchführung von ethischen Fallbesprechungen</i>
5	Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>Bewegungstherapie</i>
6	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) <i>für Erwachsene überwiegend auf der Stroke Unit</i>
7	Diät- und Ernährungsberatung <i>Diätassistenten, Diabetesberaterin DDG</i>
8	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>Diabetesberatung, Diabetikerschulungen</i>
9	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege <i>in Zusammenarbeit mit dem Geriatischen Schwerpunkt und Sozialdienst</i>
10	Ergotherapie/Arbeitstherapie <i>Psychosomatik</i>
11	Fußreflexzonenmassage <i>Angebot der Physiotherapie</i>
12	Kinästhetik <i>regelmäßige innerbetriebliche Fortbildung, Grundkurs und Aufbaukurse</i>
13	Manuelle Lymphdrainage <i>inkl. Kompressionsbandage</i>
14	Massage
15	Physikalische Therapie/Bädertherapie <i>Physikalische Therapie</i>
16	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
17	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse <i>Tages- und Abendveranstaltungen</i>
18	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>Psychoonkologie, Krankenhausseelsorge</i>
19	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
20	Schmerztherapie/-management <i>Pain Nurse</i>
21	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
22	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
23	Wärme- und Kälteanwendungen
24	Sozialdienst

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
25	Wundmanagement <i>Wundmanager, Wundsprechstunde, spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris</i>
26	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Vorträge, Informationsveranstaltungen wie z. B. Herzwoche, Gefäßtag, Medizinische Vorträge für die Bevölkerung "Gesundheit für Jedermann!", Infostand bei regionalen Messeveranstaltungen, Teilnahme bei Gesundheitsmesse gesinA, Berufsinfostand bei Messeveranstaltung, Tag der offenen Tür</i>
27	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>z. B. Diabetikerschulungen, im Rahmen der Stomaversorgung, Wundsprechstunde, onkologischen Betreuung und geriatrischen Versorgung</i>
28	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie <i>Manuelle Therapie</i>
30	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
31	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining <i>Stroke Unit</i>
32	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung <i>in Zusammenarbeit mit dem Darmzentrum</i>
33	Spezielle Entspannungstherapie <i>Psychosomatik</i>
34	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
35	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie <i>Angebot in der Psychosomatik</i>
36	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
37	Stomatherapie/-beratung
38	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege <i>Geriatrischer Schwerpunkt, Sozialdienst, regelmäßige AG-Treffen mit ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen</i>
39	Medizinische Fußpflege <i>bei Bedarf durch externe Anbieter</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	Leistungsangebot
1	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum <i>je Etage mit Fernsehgerät</i>
2	Ein-Bett-Zimmer
3	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Standard</i>
4	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
5	Zwei-Bett-Zimmer
6	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Standard</i>
7	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 3,9 €</i> <i>Fernsehgerät am Bett inkl. Telefon Flatrate</i>
8	Rundfunkempfang am Bett <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>in Verbindung mit Telefon und Fernsehgerät am Bett</i>
9	Telefon am Bett <i>Kosten pro Tag: 3,9 €</i> <i>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0 €</i> <i>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i> <i>Flatrate inkl. Fernsehgerät am Bett</i>
10	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen <i>Max. Kosten pro Stunde: 0 €</i> <i>Max. Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>kostenlos, Parken mit Parkscheibe</i>
11	Seelsorge
12	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>wechselnde Angebote laut Veranstaltungskalender</i>
13	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
14	Abschiedsraum
15	Hotelleistungen
16	Andachtsraum <i>zusätzlich Mescid</i>
17	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) <i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Berücksichtigung kultureller und religiöser Ernährungsgewohnheiten z.B. muslimische Kost, vegane Kost, vegetarische Kost, Beachtung von Allergien und Lebensmittelintoleranzen</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	Arbeit mit Piktogrammen
2	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>vielfältiges Personal mit nicht deutscher Muttersprache z. B. Englisch, Russisch, Türkisch, Polnisch, Rumänisch, Arabisch, Aserbaidshanisch, Bosnisch, Bulgarisch, Französisch, Griechisch</i>
3	Diätetische Angebote
4	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
5	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
6	Hilfsmittel zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter <i>Transport- und Toilettenstühle, Patientenlifter</i>
7	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe <i>Antithrombosestrümpfe, Blutdruckmessgerät, Körperwaage</i>
8	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
9	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
10	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
11	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten <i>Blutdruckmanschetten</i>
12	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
13	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
14	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung <i>Braille-Beschriftung</i>
15	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE

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)
2	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten <i>Zusammenarbeit mit Hochschulen</i>
3	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Ausbildungen in anderen Heilberufen	
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin <i>Gesundheits- und Krankenpflegeschule - standortübergreifende Schulleitung: Horst Pfeiffer</i>
2	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) <i>in Kooperation mit den Kreiskliniken Reutlingen GmbH</i>

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 231

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	8825
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	25135

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 68,25 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 66,84 **Ohne:** 1,41

Versorgungsform: **Ambulant:** 8,12 **Stationär:** 60,13

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 38,67

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 37,45 **Ohne:** 1,22

Versorgungsform: **Ambulant:** 4,41 **Stationär:** 34,26

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 1

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt: 1,45

0,5 VK Neurologe, der jeweils anteilig in Albstadt und Balingen eingesetzt wird; 0,95 VK reine Notärzte, die an beiden Standorten eingesetzt werden

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,45 **Ohne:** 0

Versorgungsform: **Ambulant:** 0 **Stationär:** 1,45

- davon Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt: 1,45

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,45 **Ohne:** 0

Versorgungsform: **Ambulant:** 0 **Stationär:** 1,45

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

39

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 180,58

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 179,9

Ohne: 0,68

Versorgungsform:

Ambulant: 25,56

Stationär: 155,02

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär: 0

Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär: 0

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär: 0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 10,74

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 10,74

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 1,62

Stationär: 9,12

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär: 0

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär: 0

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl in Personen: 0

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,25**Beschäftigungs-
verhältnis:****Mit:** 0,25**Ohne:** 0**Versorgungsform:****Ambulant:** 0,04**Stationär:** 0,21

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 3,62**Beschäftigungs-
verhältnis:****Mit:** 3,62**Ohne:** 0**Versorgungsform:****Ambulant:** 0,55**Stationär:** 3,07

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen

Gesamt:	1			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="0"/>	Ohne:	<input type="text" value="1"/>
Versorgungsform:	Ambulant:	<input type="text" value="0"/>	Stationär:	<input type="text" value="1"/>

Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="0"/>	Ohne:	<input type="text" value="0"/>
Versorgungsform:	Ambulant:	<input type="text" value="0"/>	Stationär:	<input type="text" value="0"/>

Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="0"/>	Ohne:	<input type="text" value="0"/>
Versorgungsform:	Ambulant:	<input type="text" value="0"/>	Stationär:	<input type="text" value="0"/>

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="0"/>	Ohne:	<input type="text" value="0"/>
Versorgungsform:	Ambulant:	<input type="text" value="0"/>	Stationär:	<input type="text" value="0"/>

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Gesamt:	0,45			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="0"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,45"/>
Versorgungsform:	Ambulant:	<input type="text" value="0"/>	Stationär:	<input type="text" value="0,45"/>

Ergotherapeuten

Gesamt:	0,15			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="0"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,15"/>
Versorgungsform:	Ambulant:	<input type="text" value="0"/>	Stationär:	<input type="text" value="0,15"/>

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten

Gesamt:	0,15			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	<input type="text" value="0"/>	Ohne:	<input type="text" value="0,15"/>
Versorgungsform:	Ambulant:	<input type="text" value="0"/>	Stationär:	<input type="text" value="0,15"/>

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: Ohne:

Versorgungsform: Ambulant: Stationär:

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Diätassistent und Diätassistentin

Gesamt: 0

Diätberatungen werden von den Diätassistentinnen vom Zollernalb Klinikum Balingen durchgeführt

Beschäftigungsverhältnis: Mit: Ohne:

Versorgungsform: Ambulant: Stationär:

Ergotherapeut und Ergotherapeutin

Gesamt: 0,5

Beschäftigungsverhältnis: Mit: Ohne:

Versorgungsform: Ambulant: Stationär:

Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin

Gesamt: 0,5

Beschäftigungsverhältnis: Mit: Ohne:

Versorgungsform: Ambulant: Stationär:

Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: Ohne:

Versorgungsform: Ambulant: Stationär:

Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Gesamt: 4

Beschäftigungsverhältnis: Mit: Ohne:

Versorgungsform: Ambulant: Stationär:

Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin

Gesamt: 0,2

Beschäftigungsverhältnis: Mit: Ohne:

Versorgungsform: Ambulant: Stationär:

Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Gesamt: 1,25

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	1,25
-------------	------

Ohne:	0
--------------	---

Versorgungsform:

Ambulant:	0
------------------	---

Stationär:	1,25
-------------------	------

Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin

Gesamt: 0,3

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	0,3
-------------	-----

Ohne:	0
--------------	---

Versorgungsform:

Ambulant:	0
------------------	---

Stationär:	0,3
-------------------	-----

Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Gesamt: 1

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	1
-------------	---

Ohne:	0
--------------	---

Versorgungsform:

Ambulant:	0
------------------	---

Stationär:	1
-------------------	---

Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt: 2

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	2
-------------	---

Ohne:	0
--------------	---

Versorgungsform:

Ambulant:	1,6
------------------	-----

Stationär:	0,4
-------------------	-----

Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik

Gesamt: 0,4

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	0,4
-------------	-----

Ohne:	0
--------------	---

Versorgungsform:

Ambulant:	0
------------------	---

Stationär:	0,4
-------------------	-----

Zentralradiologie:

3,83 Vollkräfte Medizinisch-technische Radiologieassistenten/Innen (MTRA)

6,45 Vollkräfte Arzthelferinnen/MFAs

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe Markus Maucher, Leiter Qualitätsmanagement
Telefon:	07433 90922020
Fax:	07433 90922009
E-Mail:	markus.maucher@zollernalb-klinikum.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/ Funktionsbereiche:	Führungskreis: Geschäftsleitung, alle Chefärzte der medizinischen Fachabteilungen, alle Fachbereichsleitungen, alle Sektionsleitungen, Pflegedirektor, Pflegedienstleitungen, Unternehmensentwicklung, Leiter Apotheke
Tagungsfrequenz des Gremiums:	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht:	ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
---	--

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrument bzw. Maßnahme	
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Handbuch (Intranet)</i> <i>Letzte Aktualisierung: 30.12.2016</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Klinisches Notfallmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
4	Schmerzmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
5	Sturzprophylaxe <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
6	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
7	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
8	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
9	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
10	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
11	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
13	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
14	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
15	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
16	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
17	Entlassungsmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Tumorkonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Pathologiebesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Palliativbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Qualitätszirkel

<input type="checkbox"/>	Andere
--------------------------	--------

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	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 30.12.2016</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: jährlich</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: bei Bedarf</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	jährlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Versendung der Tumorboardprotokolle im Koffer mit der Hauspost, Anwesenheit von 2 Mitarbeitern bei Untersuchungen im MRT/CT, Auffüllen und Kontrolle der Lysebox laut Checkliste

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Nein
---	------

Für das Jahr 2017 ist die Einführung eines einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystems (PaSIS) in Planung.

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Personal	Anzahl
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	3 ²⁾
Hygienefachkräfte (HFK)	2 ³⁾
Hygienebeauftragte in der Pflege	0

¹⁾ eigener Krankenhaushygieniker (50%) vor Ort, externer Mikrobiologe steht beratend zur Verfügung

²⁾ 3 hygienebeauftragte Ärzte Zollernalb Klinikum Albstadt

³⁾ Gesamtklinikum: 1,65 VK

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Michael Bitzer, Vorsitzender/Ärztlicher Direktor, Chefarzt Zentralradiologie
Telefon:	07431 991701
Fax:	07431 991706
E-Mail:	radiologie@zollernalb-klinikum.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

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: Nein

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben: Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch (Einheit: ml/Patiententag):

... auf allen Intensivstationen: 41
 ... auf allen Allgemeinstationen: 0

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Instrument bzw. Maßnahme	
1	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)</i> <i>Händehygienetage halbjährlich im Zollernalb Klinikum Albstadt und im Zollernalb Klinikum Balingen</i>
2	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten <i>Die erforderlichen Prüfungen jeglicher Art werden von den verantwortlichen Personen in der ZSVA durchgeführt</i>
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 type="checkbox"/>	CDAD-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	HAND-KISS
<input 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 type="checkbox"/>	SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert. <i>Kontaktaufnahme mit dem Beschwerdeführer findet in der Regel innerhalb von 2 Werktagen schriftlich oder mündlich statt</i>	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
4	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
5	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Nein
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Nein
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Andrea Maier-Bantle, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	07431 991804
Fax:	07431 991098
E-Mail:	andrea.maier-bantle@zollernalb-klinikum.de

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	Apparative Ausstattung	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar
1	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja
2	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
3	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein
4	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
5	Gerät für Nierenersatzverfahren	Geräte für Nierenersatzverfahren	Ja
6	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie - Dr. med. Uwe Markert

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie - Dr. med. Uwe Markert
Straße:	Friedrichstraße
Hausnummer:	39
PLZ:	72458
Ort:	Albstadt
URL:	http://www.zollernalb-klinikum.de

Zertifizierungen:

- DIN EN ISO 9001:2008 (seit 2008)
- zertifiziertes Darmkrebszentrum (seit 2010) - Dr. med. Uwe Markert Leiter Darmzentrum Zollernalb
- Hauptkooperationspartner im interdisziplinären Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Albstadt Sigmaringen (seit dem 10.06.2015)
- Kooperationspartner im zertifizierten lokalen Traumazentrum (Zollernalb Klinikum Balingen)

Weiterbildungsermächtigungen:

- 4 Jahre Visceralchirurgie (neue WBO, Dr. med. Uwe Markert)
- 3 Jahre Gefäßchirurgie (neue WBO, Dr. med. Bernhard Honervogt)
- 2 Jahre Commun Trunk (neue WBO, Dr. med. Uwe Markert)
- 5 Jahre Chirurgie (alte WBO)
- 4 Jahre Visceralchirurgie (alte WBO)

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Uwe Markert, Chefarzt
Telefon:	07431 991301
Fax:	07431 991311
E-Mail:	info@zollernalb-klinikum.de

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

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

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Aortenaneurysmachirurgie <i>Versorgung aller Gefäßerweiterungen (Aneurysmen) einschließlich jener der Hauptarterie (Aorta) im Brust- und Bauchraum offen chirurgisch oder in kombinierten Verfahren, soweit die Maßnahmen ohne Einsatz einer Herz-Lungenmaschine möglich sind</i>
2	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen <i>Gefäßverkalkung, Embolien, Thrombosen, Tumore, Mißbildungen. Ca. 40% der Behandlung erfolgt interventionell/endovaskulär, ein weiterer Teil wird interventionell/operativ durchgeführt (sogenannte Hybrid-Operationen)</i>
3	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen <i>Infusionsbehandlung (intravenös und intraarteriell), Ursachenklärung, Therapie der Grunderkrankungen und Begleiterkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen)</i>
4	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen <i>Krampfaderbehandlung offen, endoskopisch, kryochirurgisch (Kältechirurgie) mittels Verödung oder konservativ, konservative und operative Behandlung der tiefen Beinvenenthrombose, Ursachenabklärung</i>
5	Endokrine Chirurgie <i>Alle Operationen an Schilddrüse, Nebenschilddrüse einschließlich Autotransplantation und radio-guided Navigation, Nebenniere-, Bauchspeicheldrüse</i>
6	Magen-Darm-Chirurgie <i>Operationen bei Magenkarzinom, Kolonkarzinom, Rektumkarzinom, bei gutartigen Erkrankungen (Magenulkus, Divertikulitis) und Funktionsstörungen (Refluxerkrankung, Zwerchfellbruch etc.)</i>
7	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie <i>OP bei gutartigen u. bösartigen Bauchspeicheldrüsenerkrankungen in laparoskopischer u. offener Technik, Therapie von Gallenblasen- u. Gallengangskrebs. Behandlung v. Leberkrebs operativ, durch Chemoembolisation, Thermoablation o. Chemotherapie; Leberteilresektion o. Thermoablation v. Metastasen.</i>
8	Tumorchirurgie <i>Multiviszerale Operationen (Entfernungen von Tumoren, die mehrere Organe betreffen), Behandlung von Tumoransiedlungen in der Lunge durch endoskopische Operationen oder Thermoablation (Hitzebehandlung), Entfernung von Weichtumoren; Nieren(teil)entfernungen bei bösartigen Tumoren</i>
9	Lungenchirurgie <i>Operative Eingriffe an der Lunge (offen oder minimalinvasiv) bei gutartigen Erkrankungen (Entzündungen, Bullae, Pneumothorax) und bösartigen Erkrankungen (Lungenkrebs, Lungenmetastasen)</i>

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

detaillierte Angaben siehe A-7: Aspekte der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	3383
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	370
2	K80	Gallensteinleiden	273
3	K40	Leistenbruch (Hernie)	249
4	K35	Akute Blinddarmentzündung	170
5	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	154
6	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	139
7	S06	Verletzung des Schädelinneren	106
8	A09	Magen-Darm-Grippe und sonstige Entzündung des Dickdarmes	86
9	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	77
10	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	76
11	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	73
12	K61	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters	67
13	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	63
14	I74	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel	55
15	I80	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung	51
16	L05	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus	50
17	K42	Nabelbruch (Hernie)	48
18	I83	Krampfadern der Beine	47
19	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	45
20	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	39
21	I65	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls	38
22	K64	Hämorrhoiden und Verschluss der Venen in der Nähe des Darmausgangs durch ein Blutgerinnsel	37
23	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	35
24	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdkörper wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	32
25	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	32
26	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	32
27	A46	Wundrose - Erysipel	28
28	K81	Gallenblasenentzündung	26
29	K60	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Afters oder Mastdarms	25
30	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone	24

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	387
2	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	310
3	5-469	Sonstige Operation am Darm	287
4	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	259
5	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes	255
6	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	239
7	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	233
8	5-381	Operative Entfernung eines Blutgerinnsels einschließlich der angrenzenden Innenwand einer Schlagader	214
9	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	202
10	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	194
11	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	190
12	5-455	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms	180
13	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	171
14	5-380	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels	165
15	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	135
16	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	126
17	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	116
18	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	115
19	1-654	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung	112
20	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	106
21	8-840	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzungsfähigen Röhren (Stents) in Blutgefäße	97
22	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	96
23	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	92
24	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	91
25	8-191	Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten	90
26	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	86
27	5-454	Operative Dünndarmentfernung	84
28	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	83
29	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Anus	81
30	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	77

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Chirurgische Ambulanz
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<i>Notfall-, Gefäß-, Tumorsprechstunde, Endokrine chirurgische Sprechstunde, Diabetischer Fuß, Privatsprechstunde, D-Arztverfahren, Proktologische Sprechstunde, psychoonkologische Betreuung, Stomatherapie, Diätenberatung, Physiotherapie, onkologische Versorgung in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten</i>

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

B-[1].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	135
2	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	71
3	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	32
4	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	30
5	5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	20
6	5-491	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)	7
7	5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	6
8	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	4
9	5-535	Operativer Verschluss eines Magenbruchs (Hernie)	4
10	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 4
11	5-852	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen	< 4
12	5-859	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln	< 4
13	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4
14	5-536	Operativer Verschluss eines Narbenbruchs (Hernie)	< 4
15	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 4
16	5-531	Operativer Verschluss eines Schenkelbruchs (Hernie)	< 4
17	5-469	Sonstige Operation am Darm	< 4
18	5-856	Wiederherstellende Operation an den Bindegewebshüllen von Muskeln	< 4
19	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	< 4
20	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	< 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

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 17,66 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40

Zuzüglich 2,00 VK Arztassistentinnen

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 17,66

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 2,65

Stationär:	15,01
Fälle je Anzahl:	225,4

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 12

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 12

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 1,8

Stationär:	10,2
Fälle je Anzahl:	331,7

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	
1	Allgemeinchirurgie
2	Viszeralchirurgie <i>einschließlich Proktologie</i>
3	Gefäßchirurgie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Spezielle Viszeralchirurgie
2	Notfallmedizin
3	Sportmedizin

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

39

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 82,5

Zusätzlich 4,49 VK Hilfskräfte ohne pflegerische Ausbildung

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

Mit: 82,5

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 12,36

Stationär: 70,14

**Fälle je
Anzahl:** 48,2

Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär: 0

**Fälle je
Anzahl:** 0,0

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär: 0

**Fälle je
Anzahl:** 0,0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 6,24

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

Mit: 6,24

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0,94

Stationär: 5,3

**Fälle je
Anzahl:** 638,3

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	0
------	---

Ohne:	0
-------	---

Versorgungsform:

Ambulant:	0
-----------	---

Stationär:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	0
------	---

Ohne:	0
-------	---

Versorgungsform:

Ambulant:	0
-----------	---

Stationär:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl in Personen: 0
Fälle je Anzahl: 0,0

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,25

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	0,25
------	------

Ohne:	0
-------	---

Versorgungsform:

Ambulant:	0,04
-----------	------

Stationär:	0,21
Fälle je Anzahl:	16109,5

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,37

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	0,37
------	------

Ohne:	0
-------	---

Versorgungsform:

Ambulant:	0,06
-----------	------

Stationär:	0,31
Fälle je Anzahl:	10912,9

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

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Operationsdienst
3	Pflege in der Onkologie
4	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
5	Pflege in der Nephrologie
6	Praxisanleitung

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

	Zusatzqualifikationen
1	Wundmanagement
2	Stomamanagement
3	Palliative Care

B-[2] Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Dr. med. Johannes Hub

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Dr. med. Johannes Hub
Straße:	Friedrichstraße
Hausnummer:	39
PLZ:	72458
Ort:	Albstadt
URL:	http://www.zollernalb-klinikum.de

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(3100) Psychosomatik/Psychotherapie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Johannes Hub, Chefarzt (ab 01.10.2016)
Telefon:	07431 991834
Fax:	07431 991829
E-Mail:	a.psychosomatik@zollernalb-klinikum.de

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

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

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
2	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
3	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
4	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
5	Psychosen in der Remissionsphase

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

detaillierte Angaben siehe A-7: Aspekte der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	117
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	73
2	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	29
3	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	4
4	F41	Sonstige Angststörung	< 4
5	F20	Schizophrenie	< 4
6	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	< 4
7	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit	< 4
8	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	< 4
9	F25	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung	< 4

B-[2].6.3 Kompetenzdiagnosen

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F33	Rezidivierende depressive Störung	73

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	3504
2	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	589
3	9-634	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	174
4	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	45
5	9-646	Erhöhter Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage bei Erwachsenen	4
6	9-642	Umfassende klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4
7	9-641	Behandlung von Krisen bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4

B-[2].7.2 Kompetenzprozeduren

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	589

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

entfällt

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

entfällt

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 1,22 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	1,22
	Ambulant:	0	Stationär:	1,22
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	95,9

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 1,22

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	1,22
	Ambulant:	0	Stationär:	1,22
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	95,9

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Tropenmedizin

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

39

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 2,78

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 2,1

Ohne: 0,68

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär:	2,78
Fälle je Anzahl:	42,1

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
----------------------------------	-------------	---	--------------	---

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
----------------------------------	-------------	---	--------------	---

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl in Personen: 0
Fälle je Anzahl: 0,0

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
----------------------------------	-------------	---	--------------	---

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
----------------------------------	-------------	---	--------------	---

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[2].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen

Gesamt:	1			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	1
	Ambulant:	0	Stationär:	1
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	117,0

Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
	Ambulant:	0	Stationär:	0
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Gesamt:	0,45			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0,45
	Ambulant:	0	Stationär:	0,45
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	260,0

Ergotherapeuten

Gesamt:	0,15			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0,15
	Ambulant:	0	Stationär:	0,15
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	780,0

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten

Gesamt:	0,15			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0,15
	Ambulant:	0	Stationär:	0,15
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	780,0

B-[3] Innere Medizin - Dr. med. Brigitta Bienstein**B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Innere Medizin - Dr. med. Brigitta Bienstein
Straße:	Friedrichstraße
Hausnummer:	39
PLZ:	72458
Ort:	Albstadt
URL:	http://www.zollernalb-klinikum.de

Zertifizierungen:

- DIN EN ISO 9001:2008 (seit 2011)
- Chest Pain Unit (CPU) - Brustschmerzeinheit (seit 2010)
- zertifizierter Kooperationspartner Darmzentrum Zollernalb (seit 2010)

Weiterbildungsermächtigungen (Dr. med. Brigitta Bienstein)

- volle Weiterbildung Schwerpunkt Kardiologie (36 Monate)
- volle Weiterbildung in der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (24 Monate)
- volle Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin
 - 36 Monate stationäre Weiterbildung Innere Medizin
 - 12 Monate im Schwerpunkt Kardiologie
 - 12 Monate Innere Medizin (Dr. med. Albert Renner, Dimitros Vasiliakis)

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(0100) Innere Medizin

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

Name/Funktion:	Dr. med. Brigitta Bienstein, Chefärztin
Telefon:	07431 991601
Fax:	07431 991606
E-Mail:	info@zollernalb-klinikum.de

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

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

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von Herzklappenerkrankungen und Herzklappenfehlern <i>dreidimensionale Echokardiographie, Herzkatheterdiagnostik, Kardio-Magnetresonanztomographie (Kardio-MR)</i>
2	Diagnostik und Therapie von Kardiomyopathie <i>3-D Echokardiographie, Koronarangiographie, Herzmuskelprobe, Kardio-MR</i>
3	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten <i>Herzkatheterdiagnostik und -therapie, Ballonaufdehnung, Stentimplantation, Druckdrahtmessung im Herzkranzgefäß, Ultraschalldiagnostik der Herzkranzgefäße, Herzpumpe</i>
4	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes <i>Lungenfunktionsdiagnostik, kleiner Herzkatheter</i>
5	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit <i>Probeentnahme aus dem Herzmuskel, Kardio-MR (Magnetresonanztomographie)</i>
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren <i>Ultraschalldiagnostik, Flussmessung durch Doppler und Oszillogramm, Diagnostik und Therapie von cerebrovaskulären Krankheiten, Ultraschalldiagnostik der Halsgefäße, CT, MR-Angiographie, Ballonaufdehnung und Stentimplantation</i>
7	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten <i>Therapie auf der Schlaganfallereinheit (Stroke Unit) bei Hirnblutung und Schlaganfall inkl. Infusion zur Auflösung des Thrombus, Therapie durch Krankengymnasten, Logopäden und Ergotherapeuten, Diagnostik und Therapie u.a. von Bewusstlosigkeit, Hirnhautentzündungen, Krampfleiden, Telemedizin</i>
8	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) <i>Diagnostik und Therapie des Hochdrucks einschließlich Schlafapnoediagnostik</i>
9	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen <i>Nierenersatztherapie (Dialyse), Ultraschalldiagnostik, Angiographie der Nierengefäße, Nierengewebeentnahme</i>
10	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen <i>Knochenmarkbiopsie</i>
11	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten <i>u.a. bei Erkrankungen der Schilddrüse, der Nebenschilddrüse und der Bauchspeicheldrüse. Diabetesberatung.</i>
12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) <i>Magen- u. Darmspiegelung bei einem Magengeschwür, gut- und bösartigen Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts, Abtragung von Darmpolypen, Verödung bei Krampfadern in der Speiseröhre u. des Magens, Durchführung von Tests bei Funktionsstörungen des Magen-Darm-Trakts, Therapie bei entzündl. Darmerkrankung</i>
13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums <i>u.a. bei Bauchfellentzündungen und Krebsbesiedelung des Bauchfells</i>
14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas <i>Ultraschalluntersuchung ggf. mit Kontrastmittel, ultraschallgestützte und CT-gesteuerte Probeentnahme bei bösartiger Neubildung, Behandlung und Therapie von Gelbsucht, infektiöser Lebererkrankungen, Lebertumoren und Gallensteinleiden</i>
15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge <i>Lungenspiegelung, Lungenwäsche, Probeentnahme, Lungenfunktionsdiagnostik, Lungenszintigramm, CT Thorax, Kernspin Thorax</i>
16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura <i>Probeentnahme, Ultraschalldiagnostik</i>
17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen <i>Labordiagnostik, radiologische Diagnostik</i>
18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen <i>umfassende Tumordiagnostik (Labor, Ultraschall, Magen-, Darmspiegelung, Lungenspiegelung, Computertomogramm (CT), Kernspindiagnostik, Probeentnahmen des Tumors), stationäre Chemotherapie, ambulante Chemotherapie auf der Tagesstation</i>
19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten

	Medizinische Leistungsangebote
	<i>einschließlich Tuberkulose und Hepatitis (infektiöse Gelbsucht)</i>
20	Intensivmedizin <i>moderne Beatmungsverfahren, umfassende Ultraschalldiagnostik, Elektroschock, Herzkatheterüberwachung im Schock, Herzpumpe, Nierenersatztherapie</i>
21	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen <i>Unterstützungsmaßnahmen zur Vorbereitung bzw. Optimierung der häuslichen Pflege von Angehörigen, Unterstützung bei demenziellen Erkrankungen und bei Schlaganfallpatienten, Demenztestung, EEG, neurophysiologische Diagnostik</i>
22	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen <i>einschließlich Altersdepression, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, psychiatrisch - psychosomatisches Konsilwesen</i>
23	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen <i>Laborserologie, Sonographie, CT-Diagnostik, Kernspindiagnostik</i>
24	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen <i>Langzeit-EKG, Ereignisrecorder, Telemetrische Anbindung, Herzschrittmacher- und Defibrillatorimplantation, inkl. Resynchronisationstherapie (CRT)</i>
25	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin <i>Polygraphie, Diagnostik und Therapie im Schlaflabor, Schlaflabor stationär/ambulant</i>
26	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen <i>Darmspiegelung, CT-Diagnostik</i>
27	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen <i>Gewinnung von Gehirnflüssigkeit, Computertomographie, Kernspinuntersuchung</i>
28	Spezialsprechstunde <i>Herzschrittmacher- und Defibrillatorambulanz, "Schluckecho" (TEE), internistische Diagnostik und Therapie auf Zuweisung fachärztlich tätiger Internisten, Privatsprechstunde</i>

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

detaillierte Angaben siehe A-7: Aspekte der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	5321
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzschwäche	517
2	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	326
3	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	305
4	I21	Akuter Herzinfarkt	269
5	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	243
6	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	170
7	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	154
8	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	150
9	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	146
10	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	140
11	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	119
12	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	108
13	E86	Flüssigkeitsmangel	107
14	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	104
15	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	82
16	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	71
17	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	67
18	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	66
19	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	66
20	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	59
21	A09	Magen-Darm-Grippe und sonstige Entzündung des Dickdarmes	58
22	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	56
23	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	56
24	B99	Sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit	55
25	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	53
26	I44	Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens - AV-Block bzw. Linksschenkelblock	52
27	I11	Bluthochdruck mit Herzkrankheit	49
28	J20	Akute Bronchitis	48
29	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	42
30	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	42

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	1035
2	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	999
3	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	885
4	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	500
5	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	494
6	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	451
7	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	255
8	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	243
9	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	239
10	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	213
11	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	171
12	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	158
13	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	157
14	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	152
15	1-791	Untersuchung von Herz- und Lungenvorgängen während des Schlafes	148
16	1-790	Untersuchung von Hirn-, Herz-, Muskel- bzw. Atmungsvorgängen während des Schlafes	139
17	1-771	Einheitliche Basisuntersuchung von alten Menschen	119
18	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	117
19	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	109
20	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	106
21	5-934	Verwendung eines Herzschrittmachers, der in einem Kernspintomographiegerät verwendet werden kann	105
22	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation	92
23	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	88
24	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	84
25	9-984	Pflegebedürftigkeit	72
26	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	70
27	1-279	Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)	70
28	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	68
29	1-273	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	67
30	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	66

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Innere Ambulanz
	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:
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
	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
	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
	VI34 - Elektrophysiologie
	VI20 - Intensivmedizin
	VI27 - Spezialsprechstunde
	VI42 - Transfusionsmedizin
	<i>Notfall -und Sprechstundenbehandlung</i>

B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**B-[3].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	5
2	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	< 4
3	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	< 4
4	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	< 4

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 26,46 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40

Einschließlich 0,5 VK Onkologie, zuzüglich 4,85 VK Arztassistentinnen

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 26,27	Ohne: 0,19
	Ambulant: 3,97	Stationär: 22,49
Versorgungsform:		Fälle je Anzahl: 236,6

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 10,75

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 10,75	Ohne: 0
	Ambulant: 1,61	Stationär: 9,14
Versorgungsform:		Fälle je Anzahl: 582,2

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Intensivmedizin
2	Schlafmedizin
3	Notfallmedizin
4	Infektiologie

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

39

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 85,97

Zusätzlich 2,74 VK Hilfskräfte ohne pflegerische Ausbildung

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 85,97

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 12,9

Stationär:	73,07
Fälle je Anzahl:	72,8

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 4,5

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	4,5	Ohne:	0
	Ambulant:	0,68	Stationär:	3,82
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	1392,9

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
	Ambulant:	0	Stationär:	0
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
	Ambulant:	0	Stationär:	0
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
	Ambulant:	0	Stationär:	0
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt:	3,25			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	3,25	Ohne:	0
	Ambulant:	0,49	Stationär:	2,76
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	1927,9

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

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Pflege in der Onkologie
3	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
4	Pflege in der Nephrologie
5	Praxisanleitung

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

	Zusatzqualifikationen
1	Diabetes
2	Palliative Care

B-[4] Zentralanästhesie - Dr. med. Volker Hauff

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Zentralanästhesie - Dr. med. Volker Hauff
Straße:	Friedrichstraße
Hausnummer:	39
PLZ:	72458
Ort:	Albstadt
URL:	http://www.zollernalb-klinikum.de

Zertifizierungen:

DIN EN ISO 9001:2008 (seit 2008)

Weiterbildungsermächtigungen:

- 4 Jahre Facharztkompetenz Anästhesiologie (Dr. med. Volker Hauff, Dr. med. Axel Wehrle, Dr. med. Lorenz Welte)
- 12 Monate Zusatzweiterbildung Intensivmedizin (Dr. med. Volker Hauff, Dr. med. Axel Wehrle, Dr. med. Jürgen Reinhardt)

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(3600) Intensivmedizin

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

Name/Funktion:	Dr. med. Volker Hauff, Chefarzt
Telefon:	07431 991201
Fax:	07431 991098
E-Mail:	info@zollernalb-klinikum.de

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

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

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Anästhesiologie
2	Intensivmedizin
3	Schmerztherapie

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

detaillierte Angaben siehe A-7: Aspekte der Barrierefreiheit

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

Fälle werden über die entlassende Fachabteilung geführt.

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

entfällt

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Nachfolgend sind nur die Tätigkeiten aufgeführt, die nicht im Zusammenhang mit einer Operation erfolgt sind. Die tatsächliche Anzahl orientiert sich an der Zahl der durchgeführten Operationen im Klinikum.

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	357
2	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	58
3	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	11

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Sprechstunde allgemein
	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:
	VI42 - Transfusionsmedizin

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

entfällt

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

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

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 13,96 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	13,96	Ohne:	0
	Ambulant:	0	Stationär:	13,96
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 8,25

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	8,25	Ohne:	0
	Ambulant:	0	Stationär:	8,25
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 0
Fälle je Anzahl: 0,0

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	
1	Anästhesiologie

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Palliativmedizin
4	Spezielle Schmerztherapie

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

39

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 9,03

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 9,03

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär:	9,03
Fälle je Anzahl:	0,0

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
----------------------------------	-------------	---	--------------	---

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl in Personen: 0
Fälle je Anzahl: 0,0

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
----------------------------------	-------------	---	--------------	---

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
----------------------------------	-------------	---	--------------	---

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

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

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

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

	Zusatzqualifikationen
1	Schmerzmanagement
2	Kinästhetik

B-[5] Zentralradiologie - Prof. Dr. med. Michael Bitzer**B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Zentralradiologie - Prof. Dr. med. Michael Bitzer
Straße:	Friedrichstraße
Hausnummer:	39
PLZ:	72458
Ort:	Albstadt
URL:	http://www.zollernalb-klinikum.de

Zertifizierungen:

- DIN EN ISO 9001:2008 (seit 2008)
- Hauptkooperationspartner vom Darmzentrum Zollernalb (seit 2010)

Weiterbildungsermächtigung:

5-jährige (volle) Weiterbildungsermächtigung zur Erlangung eines Facharztes für Diagnostische Radiologie (Prof. Dr. med. Michael Bitzer, Dr. med. Heidrun Moron, Dr. med. Helmut Eier)

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3751) Radiologie

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

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Michael Bitzer, Chefarzt
Telefon:	07431 991701
Fax:	07431 991706
E-Mail:	radiologie@zollernalb-klinikum.de

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

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

Keine Vereinbarung geschlossen

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Konventionelle Röntgenaufnahmen
2	Native Sonographie <i>Schilddrüse, Brustdrüse inkl. perkutane Biopsien bis 30.09.2016, Markierungen</i>
3	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) <i>Mammografie, Galaktografie bis 30.09.2015 am Zollernalb Klinikum Albstadt, ab 01.10.2015 am Zollernalb Klinikum Balingen</i>
4	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren <i>Myelografie, KM-Darstellung von Ösophagus, Darm einschließlich Defäkografie</i>
5	Computertomographie (CT), nativ
6	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
7	Computertomographie (CT), Spezialverfahren <i>CT-Myelografie</i>
8	Arteriographie
9	Phlebographie
10	Szintigraphie <i>Skelett, Herz, Lunge, Niere, Schilddrüse, Lymphknoten u.a.</i>
11	Knochendichtemessung (alle Verfahren) <i>nur CT-Dichtemessung</i>
12	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
13	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
14	Radiojodtherapie <i>ein Therapiebett</i>
15	Spezialsprechstunde <i>CT-gesteuerte Schmerztherapie; Brustsprechstunde bis 30.09.2015, ab 01.10.2015 am Zollernalb Klinikum Balingen</i>
16	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse <i>sonografisch gesteuerte Stanzbiopsie, präoperative bildgestützte Befundmarkierungen bis 30.09.2015 am Zollernalb Klinikum Albstadt, ab 01.10.2015 am Zollernalb Klinikum Balingen</i>
17	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse <i>bis 30.09.2015 am Zollernalb Klinikum Albstadt, ab 01.10.2015 am Zollernalb Klinikum Balingen</i>
18	Interventionelle Radiologie <i>endovaskuläre Therapie der pAVK, Visceralarterienstenosen und Carotisstenosen extrakraniell, Chemoembolisation Leber, PTCD</i>
19	Schmerztherapie
20	Neuroradiologie
21	Teleradiologie
22	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)

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

detaillierte Angaben siehe A-7: Aspekte der Barrierefreiheit

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

Fälle werden über die entlassende Fachabteilung geführt.

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

entfällt

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Die Untersuchungszahlen der OPS-Ziffern beziehen sich nur auf die stationär behandelten Fälle. Die Zentralradiologie erbringt für ambulante Patienten weitere Leistungen (siehe B-[5].8: Ambulante Behandlungsmöglichkeiten).

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	1775
2	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	1118
3	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	737
4	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	629
5	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	575
6	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	550
7	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	535
8	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	343
9	3-605	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel	300
10	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	217
11	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	165
12	3-604	Röntgendarstellung der Schlagadern im Bauch mit Kontrastmittel	154
13	3-13b	Röntgendarstellung der Magen-Darm-Durchgängigkeit	87
14	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	79
15	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	73
16	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	69
17	3-228	Computertomographie (CT) der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen mit Kontrastmittel	60
18	3-614	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel sowie Darstellung des Abflussbereiches	54
19	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	42
20	3-227	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelettsystems mit Kontrastmittel	39
21	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	38
22	3-701	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Schilddrüse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	33
23	3-805	Kernspintomographie (MRT) des Beckens ohne Kontrastmittel	33
24	3-82a	Kernspintomographie (MRT) des Beckens mit Kontrastmittel	29
25	3-825	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel	28
26	3-60x	Sonstige Röntgendarstellung von Schlagadern mit Kontrastmittel	25
27	3-705	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Muskel-Skelett-Systems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	22
28	3-824	Kernspintomographie (MRT) des Herzens mit Kontrastmittel	21
29	3-703	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Lunge mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	21
30	3-806	Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	19

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Radiologische Ambulanz
	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:
	VR15 - Arteriographie
	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
	VR41 - Interventionelle Radiologie
	VR42 - Kinderradiologie
	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
	VR02 - Native Sonographie
	VR43 - Neuroradiologie
	VR16 - Phlebographie
	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
	VR39 - Radiojodtherapie
	VR19 - Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
	VR21 - Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
	VR40 - Spezialsprechstunde
	VR18 - Szintigraphie
	VR44 - Teleradiologie

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

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	3-614	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel sowie Darstellung des Abflussbereiches	139

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

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

B-[5].11 Personelle Ausstattung

Zentralradiologie:

3,83 Vollkräfte Medizinisch-technische Radiologieassistenten/Innen (MTRA)

6,45 Vollkräfte Arzthelferinnen/MFAs

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 7,5 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	7,5	Ohne:	0
	Ambulant:	1,5	Stationär:	6
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 5

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	5	Ohne:	0
	Ambulant:	1	Stationär:	4
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 0
Fälle je Anzahl: 0,0

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
2	Notfallmedizin

B-[5].11.2 Pflegepersonal

entfällt

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

entfällt

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

entfällt

B-[6] Augenheilkunde - Dr. med. Theresia Wagner

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Augenheilkunde - Dr. med. Theresia Wagner
Straße:	Friedrichstraße
Hausnummer:	39
PLZ:	72458
Ort:	Albstadt
URL:	http://www.zollernalb-klinikum.de

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(2700) Augenheilkunde

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

Name/Funktion:	Dr. med. Theresia Wagner, Belegärztin
Telefon:	07431 52463
Fax:	07431 590560
E-Mail:	augenarzt-wagner-albstadt@t-online.de

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

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

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
3	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
6	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
7	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
12	Ophthalmologische Rehabilitation
13	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde

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

detaillierte Angaben siehe A-7: Aspekte der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	4
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	H25	Grauer Star im Alter - Katarakt	4

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	4

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

entfällt - wird im Rahmen der Praxistätigkeit erbracht

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

entfällt

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

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 0

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 1

Fälle je Anzahl: 4,0

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Augenheilkunde

B-[6].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

39

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,3

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

Mit: 0,3

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0,3

Stationär:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

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

siehe B-[1].11.2.1: Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Klinik für Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie" - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

siehe B-[1].11.2.2: Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Klinik für Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie" - Zusatzqualifikation

C Qualitätssicherung

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

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
1	Herzschrittmacherversor Herzschrittmacher- Implantation (09/1)	96	96,9
2	Herzschrittmacherversor Aggregatwechsel (09/2)	22	100
3	Herzschrittmacherversor Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	31	96,8
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	41	97,6
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	23	100
6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation (09/6)	12	100
7	Karotis- Revaskularisation (10/2)	53	96,2
8	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	10	100
9	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
10	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	69	100
11	Hüftendoprothesenverso (HEP)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
12	Hüftendoprothesenverso Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>

	Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
13	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	193	96,4

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

1	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	Kennzahl-ID	1103
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 3,97 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	0,8
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,74 % - 0,87 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	93
	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
2	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. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1,07
Referenzbereich	= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,13 %
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
3	Dauer der Operation
Kennzahl-ID	52128
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	86,02 %
Vertrauensbereich	77,54 % - 91,65 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	86,95
Referenzbereich	≥ 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	86,71 % - 87,18 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	80
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	93

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

4 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	96,57 %
Vertrauensbereich	94,22 % - 97,98 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	95,5
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,42 % - 95,57 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	366
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	379
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

5 Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde

Kennzahl-ID	52311
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 3,97 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1,32
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,24 % - 1,4 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	93
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

6	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem	
	Kennzahl-ID	54140
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	96,59 %
	Vertrauensbereich	90,45 % - 98,83 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	96,9
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	96,77 % - 97,03 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	85
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	88
	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

7	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>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</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>0,84</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 10,00 % (Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,77 % - 0,91 %</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>
<p>8 Dauer der Operation bis 45 Minuten</p>	
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>210</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>90,91 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>72,19 % - 97,47 %</p>
<p>Bundesergebnis</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>94,62</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>>= 60,00 % (Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>94,28 % - 94,93 %</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>20</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>22</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
9	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	Kennzahl-ID	1096
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 14,87 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	0,12
	Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,08 % - 0,19 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	22
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
10	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts	
	Kennzahl-ID	51398
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 14,87 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	0,19
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,14 % - 0,27 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	22

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

11 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	98,4 %
Vertrauensbereich	94,35 % - 99,56 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	97,03
Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,15 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	123
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	125
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

12 Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Kennzahl-ID	1089
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 11,35 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,72
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,58 % - 0,89 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	30
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

13	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51404
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 11,04 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	1,31
	Referenzbereich	= 9,00 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,14 % - 1,52 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,31
	Grundgesamtheit	30
	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

14	Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden	
	Kennzahl-ID	52315
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	0,98
	Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,78 % - 1,22 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
15	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers	
	Kennzahl-ID	50004
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	92,5 %
	Vertrauensbereich	80,14 % - 97,42 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	94,42
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	94,15 % - 94,68 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	37
	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

16	Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers	
	Kennzahl-ID	50005
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Ergebnis (Einheit)	92,5 %
	Vertrauensbereich	80,14 % - 97,42 %
Bundesergebnis		
	Bundesdurchschnitt	95,68
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,44 % - 95,91 %
Fallzahl		
	Beobachtete Ereignisse	37
	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

17	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	Kennzahl-ID	50017
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 8,76 %

Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,63
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,55 % - 0,73 %
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

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

Kennzahl-ID	51186
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 13,99 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1,05
Referenzbereich	= 5,80 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,22 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,25
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

19 Dauer der Operation

Kennzahl-ID	52129
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	87,1 %
Vertrauensbereich	71,15 % - 94,87 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	88,49
Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	88,11 % - 88,86 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	27
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	31
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

20	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden	
Kennzahl-ID	52316	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.	
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)	94,74 %	
Vertrauensbereich	88,99 % - 97,57 %	
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt	95,64	
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	95,51 % - 95,77 %	
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse	108	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	114	

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

21 Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde

Kennzahl-ID	52325
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 11,03 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,71
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,62 % - 0,82 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	31
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

22 Dauer der Operation bis 60 Minuten

Kennzahl-ID	50025
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	95,65 %
Vertrauensbereich	79,01 % - 99,23 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	93,62
Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	93,15 % - 94,06 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	23
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

23	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	Kennzahl-ID	50030
	Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 14,31 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	0,18
	Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,12 % - 0,28 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	23
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

24	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts	
	Kennzahl-ID	50031
	Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 14,31 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,21
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,14 % - 0,31 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	23
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

25	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden	
	Kennzahl-ID	52321
	Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	98,29 %
	Vertrauensbereich	93,98 % - 99,53 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	98,24
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	98,13 % - 98,34 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	115
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	117
	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

26	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	Kennzahl-ID	50041
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	0,96
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,78 % - 1,18 %
	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
27	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51196
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 23,85 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich	= 2,83 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,85 % - 1,15 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,12
Grundgesamtheit	12
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

28	Ein Problem, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht, als angebrachter Grund für eine erneute Operation	
	Kennzahl-ID	52001
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	6,35 %
	Vertrauensbereich	2,5 % - 15,22 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	3,43
	Referenzbereich	= 6,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	3,26 % - 3,62 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	63
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29	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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.</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>0,58</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 2,52 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,51 % - 0,66 %</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>
<p>30 Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden</p>	
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>52324</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>0 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 27,75 %</p>
<p>Bundesergebnis</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>0,61</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 3,00 % (Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,45 % - 0,82 %</p>
<p>Fallzahl</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>10</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

31 Technische Probleme mit dem Herzschrittmacher als angebrachter Grund für eine erneute Operation

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

32 Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit

Kennzahl-ID	603
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	83,18 % - 100 %

Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	98,9
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,72 % - 99,06 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	19
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

33	Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden	
	Kennzahl-ID	604
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	84,54 % - 100 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	99,69
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	99,56 % - 99,79 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	21
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	21
	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

34	Schlaganfall oder Tod während der Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	11704
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
<p>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</p>		
	<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>0</p>
	<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 2,68 %</p>
<p>Bundesergebnis</p>		
	<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>1,05</p>
	<p>Referenzbereich</p>	<p>= 3,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
	<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,97 % - 1,14 %</p>
<p>Fallzahl</p>		
	<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
	<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>1,33</p>
	<p>Grundgesamtheit</p>	<p>47</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 Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
	<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p>35</p>	<p>Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</p>	
	<p>Kennzahl-ID</p>	<p>11724</p>
	<p>Leistungsbereich</p>	<p>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader</p>
	<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle bei denen -Gehen nur mit Hilfe möglich ist und / oder eine komplette Aphasie vorliegt, -die Patientin/der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder -der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 4,47 %
Bundesergebnis		
	Bundesdurchschnitt	1,1
	Referenzbereich	= 4,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,22 %
Fallzahl		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,79
	Grundgesamtheit	47
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
36	Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit	
	Kennzahl-ID	51437
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis		
	Bundesdurchschnitt	97,63
	Referenzbereich	≥ 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,03 % - 98,11 %

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

37	Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden	
	Kennzahl-ID	51443
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	99,41
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,95 % - 99,67 %
	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

38	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach dem Eingriff (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51865
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin/des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle bei denen -Gehen nur mit Hilfe möglich ist und / oder eine komplette Aphasie vorliegt, -die Patientin/der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder -der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis		
	Bundesdurchschnitt	0,89
	Referenzbereich	= 4,24 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,77 % - 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
39	Schlaganfall oder Tod während des Eingriffs (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51873
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin/des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis		
	Bundesdurchschnitt	0,9
	Referenzbereich	= 2,89 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,79 % - 1,01 %
Fallzahl		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
40	Schlaganfall oder Tod nach Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit und gleichzeitiger Operation zur Überbrückung eines verengten Gefäßes	
	Kennzahl-ID	52240
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—

Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	6,46
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	4,18 % - 9,87 %
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Kennzahl-ID	612
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	91,03
Referenzbereich	>= 79,11 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	90,72 % - 91,33 %
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.

42 Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung

Kennzahl-ID	10211
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt	11,51	
Referenzbereich	= 20,00 % (Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	11,03 % - 12,01 %	
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.	
43 Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken		
Kennzahl-ID	12874	
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt	1,33	
Referenzbereich	= 5,00 % (Zielbereich)	
Vertrauensbereich	1,22 % - 1,45 %	
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.	

44	Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie bei Patientinnen ohne bösartigen Tumor, gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut oder Voroperation im umliegenden Operationsgebiet	
	Kennzahl-ID	51418
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	0,38
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,33 % - 0,43 %
	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
45	Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51906
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,94
Referenzbereich	= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,88 % - 1,01 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

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

47	Blasenkatheter länger als 24 Stunden	
	Kennzahl-ID	52283
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	3,12
Referenzbereich	= 6,85 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	3,02 % - 3,23 %
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
48	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren
Kennzahl-ID	52535
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	24,3
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	20,33 % - 28,77 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

49	Wartezeit im Krankenhaus vor der Hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
	Kennzahl-ID	54030
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	19,66
	Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	19,34 % - 19,98 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
50	Vorbeugende Gabe von Antibiotika	
	Kennzahl-ID	54031
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	99,52
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	99,47 % - 99,58 %
	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

51 Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	54033
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1
Referenzbereich	= 2,27 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,02 %
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

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

Kennzahl-ID	54036
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.</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>0,83</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 4,30 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,76 % - 0,91 %</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 Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>53 Infektion der Operationswunde - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</p>	
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>54038</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Ja</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,92
Referenzbereich	= 3,14 (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,83 % - 1,01 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

54	Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der Hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bund	
	Kennzahl-ID	54040
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	0,87
	Referenzbereich	= 3,72 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,81 % - 0,95 %
	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

55	Allgemeine Komplikationen während oder aufgrund der Hüftgelenkerhaltenden Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	54042
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	0,95
	Referenzbereich	= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,92 % - 0,98 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

56	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	54046
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,98
Referenzbereich	= 2,00 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,94 % - 1,01 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
57	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Kennzahl-ID	52009
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0,19
Vertrauensbereich	0,1 % - 0,37 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,95
Referenzbereich	= 1,95 (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,94 % - 0,96 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	42,56
Grundgesamtheit	8634
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

58	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben	
	Kennzahl-ID	52010
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 0,04 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	0,01
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	8634
	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

59	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	
	Kennzahl-ID	54001
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	96,54
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,45 % - 96,63 %
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
60	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile
Kennzahl-ID	54002
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	93,02
Referenzbereich	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,71 % - 93,32 %
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.

61	Wartezeit im Krankenhaus vor der Hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
	Kennzahl-ID	54003
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis		
	Bundesdurchschnitt	17,46
	Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	17,15 % - 17,78 %
Fallzahl		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
	Ergebnis im Berichtsjahr	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
62	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden	
	Kennzahl-ID	54004
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis		
	Bundesdurchschnitt	92,87
	Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	92,75 % - 92,99 %
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

63	Vorbeugende Gabe von Antibiotika	
Kennzahl-ID	54005	
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.	
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt	99,79	
Referenzbereich	≥ 95,00 % (Zielbereich)	
Vertrauensbereich	99,77 % - 99,81 %	
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	

64	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus	
Kennzahl-ID	54010	
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.	
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt	97,98	
Referenzbereich	≥ 95,00 % (Zielbereich)	
Vertrauensbereich	97,91 % - 98,04 %	
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

65 Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	54012
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,91
Referenzbereich	= 2,15 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,89 % - 0,93 %
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

66 Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben

Kennzahl-ID	54013
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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

67	Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
	Kennzahl-ID	54015
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	11,53
	Referenzbereich	= 25,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	11,27 % - 11,79 %
	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

68	Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen	
	Kennzahl-ID	54016
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis		
	Bundesdurchschnitt	1,77
	Referenzbereich	= 6,35 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,71 % - 1,83 %
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

69	Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten	
	Kennzahl-ID	54017
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Bundesergebnis		
	Bundesdurchschnitt	6,16
	Referenzbereich	= 19,17 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	5,87 % - 6,46 %
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.

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

Kennzahl-ID	54018
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	4,42
Referenzbereich	= 11,55 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,26 % - 4,59 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Kennzahl-ID	54019
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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

72	Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten	
Kennzahl-ID	54120	
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .	
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt	10,19	
Referenzbereich	= 23,95 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	9,83 % - 10,56 %	
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.

73	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
Kennzahl-ID	2005	
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.	
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)	98,92 %	
Vertrauensbereich	96,16 % - 99,7 %	
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt	98,33	
Referenzbereich	≥ 95,00 % (Zielbereich)	
Vertrauensbereich	98,28 % - 98,37 %	
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse	184	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	186	
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	

74	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
Kennzahl-ID	2009	
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .	
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)	97,74 %	
Vertrauensbereich	94,33 % - 99,12 %	
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt	95,74	
Referenzbereich	≥ 90,00 % (Zielbereich)	
Vertrauensbereich	95,65 % - 95,82 %	

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	173
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	177
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

75	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit geringem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben	
	Kennzahl-ID	2012
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	85,69 % - 100 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	97,3
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,14 % - 97,45 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	23
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	23
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

76	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben	
	Kennzahl-ID	2013
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	97,14 %
Vertrauensbereich	91,93 % - 99,02 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	93,63
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,5 % - 93,76 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	102
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	105
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

77	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung	
	Kennzahl-ID	2028
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	91,45 %
	Vertrauensbereich	84,98 % - 95,29 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	95,88
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,79 % - 95,97 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	107
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	117
	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

78	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus	
	Kennzahl-ID	50722
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	94,02 %
Vertrauensbereich	89,61 % - 96,63 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	96,32
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,39 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	173
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	184
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

79	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	50778
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	1,18
	Vertrauensbereich	0,83 % - 1,63 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	1
	Referenzbereich	= 1,56 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,01 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	28
	Erwartete Ereignisse	23,81
	Grundgesamtheit	186

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

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

<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	Schlaganfall: Akutbehandlung	Ja
2	MRE	Ja

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

	DMP
1	Diabetes mellitus Typ 2

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Verfahren	Kurzbeschreibung
IQM - Verfahren (Initiative für Qualitätsmedizin)	ca. 150 Kennzahlen aus Routinedaten in 10 Behandlungsbereichen; Teilnahme an einem PEER - Review Verfahren
QSR - Verfahren (Qualitätssicherung aus Routinedaten)	sektorenübergreifende Kennzahlen aus Routinedaten AOK/DAK-Versicherter
QS - Verfahren der DGAI (Dt. Ges. für Anästhesie)	Kennzahlen zu Narkoseverfahren

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

	Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge (im Berichtsjahr)	Ausnahmetatbestand
1	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	1	
2	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	11	

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

	Vereinbarung bzw. Richtlinie
1	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma

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):	45
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	28
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	28

* 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

Wir verstehen es als unseren Grundauftrag, der Bevölkerung im Zollernalbkreis eine hochqualifizierte, wohnortnahe medizinische Versorgung anzubieten. Zusätzlich wird punktuell eine kreisübergreifende Schwerpunktversorgung weiterhin erhalten und ausgebaut. Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang dem zertifizierten Darmzentrum, dem zertifizierten Kontinenz- und Beckenbodenzentrum, dem Brustzentrum, der Chest Pain Unit (CPU), dem lokalen Traumazentrum sowie der Babyfreundlichen Geburtsklinik und der sektorenübergreifenden Geriatrie- und Palliativversorgung zu.

Im Rahmen der Qualitätspolitik der Zollernalb Klinikum gGmbH erhalten die wirtschaftliche Sanierung durch eine Erlösoptimierung sowie die Patientenorientierung derzeit die oberste Priorität. Der Patient steht im Zentrum unseres Tuns. Deshalb stehen für uns ein freundlicher Umgang sowie eine gute Kommunikation mit den Patienten und Angehörigen bei der Patientenversorgung im Vordergrund. Unser Ziel ist es, eine hohe Patientenzufriedenheit zu erreichen.

Die oberste Leitung setzt sich für die Umsetzung eines klinikumsübergreifenden Qualitätsmanagementsystems **nach DIN EN ISO 9001:2008** ein. Regelmäßig werden Managementbewertungen durchgeführt und ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess angestrebt. Zudem findet die Teilnahme an fortlaufenden Qualitätsforen und Benchmarks (IQM) statt.

Die Sicherung der Behandlungsqualität erfolgt über diesen umfassenden Qualitätsmanagementansatz, bei dem in unseren Kliniken durch unser internes Qualitätsmanagement die Mitarbeiter ins Qualitätsmanagement eingeführt und dann im Rahmen von internen Qualitätszirkeln kontinuierlich begleitet werden. Interne Audits und externe Zertifizierungen nach DIN ISO bilden den formalen Rahmen. Das Qualitätsmanagement wird als Chance für die Mitarbeiter und als Anregung zu selbstmotiviertem qualitätsorientiertem Handeln gesehen.

Die fachliche Qualifikation aller Mitarbeiter sowie eine moderne technische und wissenschaftlich orientierte medikamentöse Ausstattung sehen wir als wichtigste strukturelle Voraussetzung für eine sehr gute Behandlungsqualität. Die Orientierung an diesem Grundgedanken zeigt sich in unseren Kliniken u.a. durch die regelmäßige Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter und durch die Bereitstellung und den rationellen Einsatz von modernem technischem Equipment.

Die Absicherung risikobehafteter Vorgänge durch Leitlinien, Verfahrensanweisungen und Checklisten erhöht die **Patientensicherheit** und ist ein entscheidendes Merkmal einer systematischen Prozesssteuerung. Ergebnisse aus internen und externen Besprechungen und Fallkonferenzen dienen auch dazu, die Abläufe zu hinterfragen und zu verbessern. Es ist uns wichtig, unser Tun kritisch zu hinterfragen und damit eine Vertrauensbasis für Patienten und Angehörige zu schaffen.

Die enge **fachliche Zusammenarbeit**, sowohl **innerhalb unseres Klinikums**, als auch extern mit der Universität Tübingen, im Rahmen des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums mit den SRH Kliniken in Sigmaringen und den **niedergelassenen Kollegen** sind für uns wichtige Faktoren zur Sicherstellung einer optimalen Diagnose- und Behandlungskette, die einrichtungsübergreifend die optimale Behandlung **vor, während und nach dem Aufenthalt im Klinikum** gewährleisten.

Die Kompetenzen werden aktiv in der Öffentlichkeit sowohl für die Patienten als auch für die Zuweiser dargestellt. Eine strukturelle Einbindung und ein regelmäßiger Kontakt zu den Zuweisern sind vorgesehen. Die Mitarbeiter werden aktiv in die Prozessgestaltung und Umsetzung eingebunden. Eine intensive Personalentwicklung trägt zur Sicherstellung und zum Erhalt der optimalen Qualifikation in allen Berufszweigen bei. Der Zufriedenheit unserer Kunden mit der Zollernalb Klinikum gGmbH wird eine sehr hohe Bedeutung beigemessen.

Wir überprüfen den Erfolg unserer medizinischen Maßnahmen auch dadurch, dass wir an den gesetzlichen und freiwilligen Qualitätssicherungsmaßnahmen und denen der Fachgesellschaften teilnehmen und deren Ergebnisse kritisch bewerten. Die Umsetzung von dadurch gewonnenen Erkenntnissen in unser tägliches medizinisches Handeln ist Grundbestandteil unseres Qualitätsmanagementsystems.

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

Leitbild

Zollernalb Klinikum

Wir versorgen die Menschen in der Region Zollernalb und über die Kreisgrenzen hinaus zuverlässig und kompetent

Wir verstehen uns als modernes und leistungsfähiges medizinisches Zentrum und wollen als solches bei der Bevölkerung, den niedergelassenen Ärzten und bei anderen Kliniken wahrgenommen werden.

- **Wir versorgen unsere Patientinnen und Patienten medizinisch und pflegerisch auf hohem Niveau.**
- **Wir sprechen im Umgang mit Patientinnen, Patienten, Angehörigen, Besuchern, den weiterbehandelnden Ärzten sowie untereinander eine verständnisvolle, wertschätzende und freundliche Sprache.**
- **Wir gehen gerne auf persönliche Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten ein, damit sie sich bei uns sicher und geborgen fühlen.**
- **Wir stellen uns neuen Herausforderungen und sind offen für medizinische Innovation, technische Entwicklung und neue Behandlungsformen.**
- **Wir fördern unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und setzen sie ihren Fähigkeiten entsprechend ein.**
- **Wir erhalten und entwickeln die fachliche und soziale Kompetenz unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch regelmäßige Fort- und Weiterbildung.**
- **Wir hinterfragen unser Tun, suchen im Gespräch nach neuen Wegen und gewährleisten dadurch die notwendige Anpassung an neue Rahmenbedingungen.**
- **Wir verfolgen den Grundsatz, dass sich Wirtschaftlichkeit, höchstmögliche Sicherheit und Qualität ergänzen und nicht widersprechen.**

D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses

Das Qualitätsmanagementsystem nach **DIN EN ISO 9001:2008** ist in allen Fachabteilungen eingeführt. Durch strukturierte Bewertungen unseres Tuns haben wir den Grundstein für ständige Verbesserung und Vermeiden von Fehlern gelegt. Wir vertrauen auf die Nachhaltigkeit des betriebenen Aufwandes und auf den daraus resultierenden Erfolg.

Alle medizinischen Fachabteilungen sind nach **DIN EN ISO 9001:2008** zertifiziert:

Zollernalb Klinikum Albstadt:

- Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
- Klinik für Innere Medizin - Schwerpunkt Kardiologie und Angiologie

Zentrale Fachabteilungen:

- Zentralradiologie und Nuklearmedizin
- Zentralanästhesie

Zollernalb Klinikum Balingen:

- Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
- Innere Klinik - Schwerpunkt Gastroenterologie
- Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Zentrale Notaufnahme (ZNA)

Als **Organkrebszentrum** von der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. anerkannt ist:

- Darmzentrum Zollernalb

Weitere Zertifizierungen:

- Chest Pain Unit (CPU) - Brustschmerzeinheit
- Babyfreundliche Geburtsklinik (bis 18.12.2016)
- lokales Traumanetzwerk
- Kontinenz- und Beckenbodenzentrum (seit dem 03.06.2015)
- EndoProthetikZentrum (seit dem 26.01.2016)
- Zentrale Notaufnahme (seit dem 04.10.2016)
- Stroke Unit (zertifiziert seit dem 27.06.2017)

D-1.2.1 Patientenorientierung

Die Rückmeldungen der Patienten dienen als Grundlage für Verbesserungsprojekte, um die Patientenzufriedenheit langfristig zu erhalten und zu steigern. Die Ergebnisse von Patientenbefragungen werden besprochen und es werden gemeinsam berufsgruppenübergreifend davon Maßnahmen abgeleitet.

Patientenbefragungen finden zum Beispiel im Darmzentrum, nach Herzkatheteruntersuchung, im Kontinenz- und Beckenbodenzentrum, in der Zentralen Notaufnahme Zollernalb Klinikum Balingen und im EndoProthetikZentrum statt.

Ferner haben alle Patienten die Möglichkeit zu ihrem Aufenthalt im Krankenhaus eine schriftliche Rückmeldung zu geben. Jedes Lob, jeder Hinweis und jede Beschwerde werden auf Wunsch zeitnah beantwortet, ausgewertet und die entsprechenden Maßnahmen in die Wege geleitet.

D-1.2.2 Verantwortung und Führung

In der Selbstverpflichtung der obersten Leitung zum Qualitätsmanagementsystem und damit verbunden zur Prozessorientierung und ständigen Verbesserung zeigt sich die Verantwortung der Führung für die Einführung und Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO 9001:2008.

Alle Chefarzte und Chefarztinnen bekennen sich als "Beauftragte der obersten Leitung" dazu, die medizinische Behandlungsqualität zu gewährleisten und weiterzuentwickeln. Das Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2008 unterstützt diesen Prozess systematisch.

D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

Der Behandlungserfolg und die Patientenzufriedenheit hängen maßgeblich von den Mitarbeitern ab. Deshalb ist es unser Ziel, durch Aus-, Fort- und Weiterbildungen eine hohe Motivation, Qualifikation, Kreativität und Zufriedenheit der Mitarbeiter zu erreichen. Einen großen Beitrag zur fachlichen und sozialen Kompetenz der Mitarbeiter leistet die Innerbetriebliche Fortbildung mit kontinuierlichem Veranstaltungs- und Fortbildungsangebot. Monatlich erscheint eine Mitarbeiterinfo, um die kontinuierliche Information der Mitarbeiter über Neuerungen im Klinikum sicherzustellen. Einen Ausgleich zur Arbeit ermöglichen wir den Mitarbeitern durch die Betriebliche Gesundheitsförderung mit ihren vielfältigen Angeboten und Mitarbeitergesundheitstagen. Im Jahr 2013 wurde eine Mitarbeiterbefragung in einzelnen Bereichen mit anschließenden Workshops durchgeführt.

Im Rahmen des innerbetrieblichen Vorschlagwesens erhalten Mitarbeiter die Möglichkeit, Vorschläge und Ideen zur betrieblichen Verbesserung einzureichen.

D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit

Wie in Kapitel D-1 erwähnt, bedingen sich nach unserem Verständnis Wirtschaftlichkeit und Qualität gegenseitig. Die Vereinbarkeit von Wirtschaftlichkeit und Qualität erzielen wir durch den verantwortungsvollen Umgang mit den Ressourcen, zielorientierte Investitionen und durch transparentes Handeln.

D-1.2.5 Prozessorientierung

Durch die Darstellung unserer Handlungen in umfassenden Abläufen sind wir bestrebt, unsere Prozesse zu kennen. Hauptaugenmerk richten wir auf die sogenannten Schnitt- und Nahtstellen und berücksichtigen dabei stets die Sicherheit unserer Patienten und die Verbesserung der Abläufe.

D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität

Mit der regelmäßig durchgeführten Managementbewertung wird das Qualitätsmanagementsystem durch die Führung mit dem Ziel bewertet, dessen Wirksamkeit unter Beweis zu stellen und frühzeitig auf neue Entwicklungen einzugehen.

D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

Durch vorbeugende Konzepte versuchen wir Fehler zu vermeiden (Beispiel: Umsetzung des Konzeptes des Patientenbündnis für Patientensicherheit zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie -Team-time-out, Einführung eines Identifikationsbandes für alle Patienten, Prä-/intraoperative Checkliste). Beinahefehler, Fehler und Komplikationen werden systematisch analysiert und deren Wiederholung vorgebeugt. Interdisziplinär finden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen) statt. Eine M&M-Konferenz ist eine berufsgruppen- und disziplinübergreifende, regelmäßige, strukturierte Besprechung von Todesfällen und besonders schweren Krankheitsverläufen mit dem Ziel der Sicherstellung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Im Jahr 2014 fanden im Rahmen der Patientensicherheit Simulationstrainings in jeder Fachabteilung statt.

D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Sämtliche Qualitätsmanagement - Instrumente (siehe D-4) wie z. B. Qualitätszirkel, Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, Befragungen, Fehlermanagement, Vorschlagswesen usw. erfolgen mit dem Ziel einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess anzustoßen. Zudem wird das Qualitätsmanagementsystem regelmäßig durch Managementbewertungen der Führung, sowie durch interne und externe Audits überprüft.

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

Die Qualitätspolitik wird im Qualitätsmanagement-Handbuch dokumentiert und kann von allen Mitarbeitern jederzeit über das klinikumsinterne Intranet eingesehen werden. Regelmäßig finden in den Bereichen Sitzungen und Qualitätszirkel statt, die der Aufrechterhaltung und der Kommunikation des Qualitätsmanagementsystems dienen.

D-2 Qualitätsziele

D-2.1 strategische/ operative Ziele

- Sicherstellung einer patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung im Zollernalbkreis mit einem leistungsfähigen, eigenverantwortlich ausgerichteten und nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten geführten Klinikumsbetrieb
- Verbleib des Klinikums in kommunaler Trägerschaft
- Konzept zur Behebung des Investitionsstaus in Albstadt
- Verkleinerung des Defizits; Erstellung von Analysen, Personalbedarfsanalyse, OP-Koordination, OP-Auslastung, Nutzung von OP-Sälen
- Interne Revision; Personaleinsatzplanung, Dienstplanung
- Umsetzung eines strategischen Patientenmanagements; zeitnahe Abrechnung, keine Entlassung ohne Arztbrief

D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung

- Befragungen (Zuweiser, Patienten)
- Prozesskennzahlen im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO
- Interne und externe Audits
- Prozess- und Ergebniskennzahlen aus externen Erhebungen (Qualitätssicherung nach §137; Initiative für Qualitätsmedizin-IQM; Qualitätssicherung aus Routinedaten-QSR; Linksherzkatheter Qualitätsprojekt der Kassen und des MDK; Tumordokumentation und Krebsregisterdaten)
- Managementbewertung
- Teilnahme am Peer Review Verfahren im Rahmen der Initiative für Qualitätsmedizin (IQM)

Regelmäßig finden Besprechungen der Geschäftsleitung und Fachbereichsleitungen, der Chef-, Ober- und Assistenzärzte, der Pflegedienst- und Stationsleitungen sowie moderierte Qualitätszirkel statt. Die Ergebnisse dieser Zusammenkünfte werden protokolliert und die Mitarbeiter darüber informiert.

D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

Ein wichtiger Bestandteil unserer Qualitätspolitik ist die Kommunikation der Ziele und der Weg der Zielerreichung. Großen Wert legen wir auf die Sicherstellung des vertikalen Informationsflusses, d. h. durchgängig durch alle Hierarchieebenen.

Über das klinikumsinterne Intranet werden alle relevanten Informationen an die Mitarbeiter weitergegeben und zur Verfügung gestellt.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Stabstelle Qualitätsmanagement ist direkt der Geschäftsleitung unterstellt und setzt sich aus dem ärztlichen Leiter Qualitätsmanagement, den beiden Qualitätsmanagementbeauftragten sowie einer beauftragten Person für die Aufrechterhaltung der gesamten QM-Dokumentation zusammen. Diese koordiniert und unterstützt im Auftrag der Geschäftsführung den Aufbau und die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements in den einzelnen Kliniken und Fachabteilungen. Grundsätzlich bleiben Zuständigkeit und Verantwortung für die Qualität der Leistungserbringung bei den jeweiligen Kliniken und Fachbereichen.

Die Aufgaben des Qualitätsmanagements sind:

- Ansprechpartner und Berater hinsichtlich aller QM-Angelegenheiten
- Kommunikation des Qualitätsgedankens (PDCA-Zyklus und damit ständige Optimierung der medizinischen und sonstigen Versorgung)
- Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 und weiterer Teilbereiche (Darmzentrum, Chest Pain Unit, Traumanetzwerk, Kontinenz- und Beckenbodenzentrum, EndoProthetikZentrum, Zentrale Notaufnahme) planen und begleiten
- Planung und Durchführung interner Audits
- Risikomanagement
- Erarbeitung des Qualitätsberichts nach § 137 SGB V
- Patienten- und Zuweiserbefragungen durchführen, auswerten und kommunizieren
- Kennzahlen zur Überprüfung der Ergebnisqualität auswählen, erheben und kommunizieren
- Teilnahme an Projekten zum externen Qualitäts-Benchmarking
- Beschwerdemanagement
- innerbetriebliches Vorschlags- und Verbesserungswesen
- Intranet (umfassendes und interaktives Qualitätsmanagementhandbuch)

Zentral und dezentral finden in regelmäßigen Abständen Qualitätszirkel statt an denen Mitarbeiter aus verschiedenen Bereichen teilnehmen. Diese Mitarbeiter sind aktiv an der Umsetzung von qualitätsrelevanten Themen beteiligt und treiben den kontinuierlichen Verbesserungsprozess voran. Das Intranet des Klinikums ist ein umfassendes QM-Handbuch in welchem interaktiv Behandlungsstandards und Behandlungspfade für alle Mitarbeiter hinterlegt sind. So ist ein schneller Zugriff möglich.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Im Zollernalb Klinikum werden kontinuierlich Verfahren zur Überwachung und Verbesserung der Qualität eingesetzt. Somit können alle medizinischen, pflegerischen und organisatorischen Abläufe von einem umfassenden Qualitätsmanagementsystem profitieren.

Patientenbefragung

Die Rückmeldungen der Patienten dienen als Grundlage für Verbesserungsprojekte, um die Patientenzufriedenheit langfristig zu erhalten und zu steigern. Die Ergebnisse werden besprochen und es werden gemeinsam berufsgruppenübergreifend Maßnahmen davon abgeleitet und deren Wirksamkeit überprüft.

Zudem finden weitere Patientenbefragungen zum Beispiel Patientenbefragung im Darmzentrum, Patientenbefragung nach Herzkatheteruntersuchung, Patientenbefragung im Kontinenz- und Beckenbodenzentrum, Patientenbefragung in der Zentralen Notaufnahme Zollernalb Klinikum Balingen und im EndoProthetikZentrum statt.

Beschwerdemanagement

Patienten, Angehörige und Besucher haben die Möglichkeit, eine schriftliche Rückmeldung zu geben. Jedes Lob und jede Beschwerde werden zeitnah bearbeitet, auf Wunsch beantwortet und nach Möglichkeit entsprechende Maßnahmen in die Wege geleitet. Eine Auswertung der gesamten Patientenrückmeldungen erfolgt für die einzelnen Fachbereiche regelmäßig.

Qualitätszirkel

In interdisziplinär angelegten Qualitätszirkeln werden qualitätsrelevante Themen besprochen, Verbesserungsmaßnahmen initiiert sowie Leistungsdaten der Fachabteilungen präsentiert, diskutiert und gemeinsam nach Lösungswegen gesucht. Das vorrangige Ziel der Qualitätszirkel ist den kontinuierlichen Verbesserungsprozess voranzutreiben und umzusetzen.

Wartezeiterhebung

Die Wartezeiten der Patienten auf Diagnostik und Therapie werden erhoben, ausgewertet und diskutiert. Ziel ist es, die Wartezeit für Patienten zu reduzieren und die innerbetrieblichen Abläufe zu optimieren.

Vorschlagswesen

Die Vorschläge und Ideen der Mitarbeiter zur betrieblichen Verbesserung werden systematisch erfasst, ausgewertet, honoriert und nach der Diskussion in den verschiedenen Bereichen umgesetzt. Ziel des innerbetrieblichen Vorschlagswesens ist es, dazu anzuregen, Ideen zur Verbesserung der Arbeitssicherheit und der Arbeitsbedingungen, der Wirtschaftlichkeit und Vereinfachung von Arbeitsabläufen aufzunehmen und umzusetzen.

Einweiserbefragung

Die zuweisenden Fach- und Allgemeinärzte werden schriftlich zur Behandlungs- und Servicequalität befragt. Die Ergebnisse werden erfasst, ausgewertet und in den Dialog mit der jeweiligen Fachabteilung gebracht. Die Maßnahmen zur Steigerung der Einweiserzufriedenheit werden in Gang gesetzt.

Interne Audits

Interne Begehungen finden im Rahmen der Zertifizierungsprojekte nach DIN EN ISO regelmäßig statt, mit dem Ziel die Umsetzung von Prozessabläufen und Qualitätsstandards sicherzustellen.

Projektmanagement

Mit Hilfe der Methoden des Projektmanagements werden die Projekte koordiniert und moderiert.

Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

Beinahefehler und Fehler werden systematisch analysiert, Maßnahmen zur Vorbeugung einer Wiederholung festgelegt und die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Fehlervermeidung überprüft.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Projekte:

- Einführung digitales Archiv
- Einführung zentraler Patientenbüros
- Aufbau einer Stroke Unit (Albstadt)
- Umbau der chirurgischen Ambulanz in Albstadt
- Pflegemodul im KIS (Balingen)
- Zertifizierung ZNA (Balingen)
- Stationshandbuch Komfortstation 4 (Balingen)

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Wichtige Quellen für die Bewertung der Wirksamkeit des eingeführten Qualitätsmanagements sind Prozesskennzahlen, Rückmeldungen von unseren Patienten, Einweisern und unseren Mitarbeitern und die Abweichungen, Hinweise und Empfehlungen aus internen und externen Audits. Das Qualitätsmanagement stellt mittlerweile ein anerkanntes interdisziplinäres Kommunikationsforum dar, welches wir als Grundlage für umfassende Qualität sehen. Weiterhin dienen Qualitätsindikatoren im Vergleich mit externen Einrichtungen (Teilnahme an den Maßnahmen der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, Infektionsstatistiken) der Bewertung der Wirksamkeit.