



Zollernalb Klinikum gGmbH

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

Zollernalb Klinikum Balingen



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Einleitung	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	5
A-0 Fachabteilungen	5
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-1.1 Kontaktdaten des Standorts	6
A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts	7
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	8
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	8
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	13
A-8.1 Forschung und akademische Lehre	13
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen	13
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	13
A-10 Gesamtfallzahlen	13
A-11 Personal des Krankenhauses	14
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	14
A-11.2 Pflegepersonal	15
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	24
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	29
A-13 Besondere apparative Ausstattung	30
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	31
B-[1] Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie - Dr. med. Christian Friz	31
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	31
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	32
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	33
B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ..	33
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	33
B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD	34
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	35
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	35
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	37
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	37
B-[1].11 Personelle Ausstattung	39
B-[2] Klinik für Innere Medizin - PD Dr. med. Dr. phil. Erwin Biecker	43
B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	43
B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	44
B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	45
B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ..	46
B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	46
B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD	47
B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	48
B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	48

B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	50
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	50
B-[2].11	Personelle Ausstattung	51
B-[3]	Frauenheilkunde und Geburtshilfe - Dr. Julia Klenske	56
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	56
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	57
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	58
B-[3].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ..	58
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	58
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	59
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	60
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	61
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	62
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	62
B-[3].11	Personelle Ausstattung	63
B-[4]	Zentralanästhesie - Dr. med. Volker Hauff	67
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	67
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	68
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	68
B-[4].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ..	68
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	68
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	68
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	69
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	69
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	69
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	69
B-[4].11	Personelle Ausstattung	70
B-[5]	Zentralradiologie - Prof. Dr. med. Michael Bitzer	74
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	74
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	75
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	75
B-[5].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ..	75
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	75
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	76
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	77
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	78
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	78
B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	78
B-[5].11	Personelle Ausstattung	79
B-[6]	Zentrale Notaufnahme - Dr. med. Katharina Schmid	81
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	81
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	82
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	83
B-[6].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ..	83
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	83
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD	83
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	83
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	83
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	83
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	83
B-[6].11	Personelle Ausstattung	84
B-[7]	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde - Georgios Chalkiadakis und Dr. med. Boris Saul	86

B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	86
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	86
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	87
B-[7].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ..	87
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	87
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD	87
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	88
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	88
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	88
B-[7].11	Personelle Ausstattung	89
B-[8]	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie - PD Dr. med. Dr. med. dent. Eichhorn	90
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	90
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	90
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	91
B-[8].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ..	91
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	91
B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD	92
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	93
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	93
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	94
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	94
B-[8].11	Personelle Ausstattung	94
B-[9]	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Chirurgie - Dr. med. Dr. med. dent. Farsad	96
B-[9].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	96
B-[9].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	96
B-[9].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	97
B-[9].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ..	97
B-[9].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	97
B-[9].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	98
B-[9].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	98
B-[9].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	98
B-[9].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	98
B-[9].11	Personelle Ausstattung	99
C	Qualitätssicherung	100
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	100
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	100
C-1.2	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL	102
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	150
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	150
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	151
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	151
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	151
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	151
D	Qualitätsmanagement	152
D-1	Qualitätspolitik	152
D-1.1	Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission	154
D-1.2	Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses	155
D-1.3	Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).	157
D-2	Qualitätsziele	158
D-2.1	strategische/ operative Ziele	158

D-2.2	Messung und Evaluation der Zielerreichung	158
D-2.3	Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung	158
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	159
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	160
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	162
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	162

Vorwort

Gesundheit leben, erhalten und wiederherstellen

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

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 Balingen ist ein innovatives Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 219 Betten. In 3 Fachabteilungen wurden im Jahr 2016 insgesamt 11457 stationäre und 29385 ambulante Patienten auf hohem Niveau versorgt und betreut.

Das Krankenhaus Balingen beschäftigt 661 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, 31.07.2017



Bild: Neubau Zollernalb Klinikum Balingen

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.

Im Krankenhaus Balingen vereinen wir insbesondere die Fachbereiche "Unfallchirurgie und Orthopädie", die "Internistische Klinik mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie", die "Gynäkologie und Geburtshilfe" sowie die Belegabteilungen "Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie" und "Hals-Nasen-Ohrenheilkunde".

Die Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie mit ihrem zertifizierten Endoprothetikzentrum vereint modernste und minimal-invasive OP-Techniken, die eine rasche postoperative Regeneration und Wiedererlangung der Beweglichkeit mit sich bringen. Aufgrund der bestehenden Zulassungen der Berufsgenossenschaft, ist es uns auch möglich, Betriebsunfälle ambulant und stationär zu behandeln. Die Klinik ist nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert und von der DGU als lokales Traumazentrum im Traumanetzwerk Südwürttemberg anerkannt.

Die Internistische Klinik bietet neben der allgemeinen internistischen Grundversorgung vor allem die Schwerpunkte im Bereich des Magen-Darm-Traktes, der Leber, Zuckererkrankungen (Diabetes), Krebserkrankungen sowie der Geriatrie an. Im Bereich der altersbedingten Erkrankungen (Geriatrie) konnte durch weitere Spezialisierungen die Qualität weiter gesteigert werden, wodurch wir im Landesgeriatriekonzept 2014 als geriatrischer Schwerpunkt sowie zusätzlich als "geriatrische Behandlungseinheit" aufgeführt sind. Die Internistische Klinik ist Hauptkooperationspartner des zertifizierten Darmzentrums Zollernalb. Auch diese Klinik ist nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert.

Unsere Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe bietet Geburtshilfe und operative Gynäkologie in persönlicher Atmosphäre. Jährlich werden fast 1000 Geburten betreut. Dabei ist die Betreuung stets individuell auf die Wünsche und Bedürfnisse der werdenden Eltern ausgerichtet. Das operative Spektrum umfasst alle Standard-Operationen inklusive der modernen endoskopischen Operationstechniken (z. B. endoskopische Hysterektomie) und alle Operationen bei gynäkologischen Malignomen. Die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe ist seit 2011 nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert. Das Brustzentrum zur Behandlung von Brustkrankheiten bietet eine kompetente Versorgung von Frauen mit Brustkrankheiten und garantiert eine ständige Qualitätskontrolle, sowohl für Diagnostik als auch für Therapie und Nachsorge. Ein anderer Schwerpunkt der Abteilung ist die Diagnostik und Therapie von Inkontinenz und Descensus bei einem vorhandenen urodynamischen Messplatz. Die Klinik für Gynäkologie ist als Hauptkooperationspartner im interdisziplinären Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Albstadt-Sigmaringen zertifiziert.

Um eine qualitativ hochwertige Behandlung auch über unser eigenes Leistungsspektrum hinaus jederzeit anbieten zu können, bestehen vielfältige Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten, die die Bereiche wie Neurochirurgische Eingriffe, Eingriffe im Bereich der plastischen Chirurgie sowie spezielle Fußchirurgie abdecken.

Unsere etablierte Zentrale Notaufnahme (ZNA) am Standort Balingen wird bedeutend frequentiert, was sich in weiter steigenden Patientenzahlen zeigt und täglich eine Herausforderung der Mitarbeiter darstellt. Notfallpatienten werden nach dem Manchester Triage System in Dringlichkeitsstufen eingeteilt. Ambulante Notfallbehandlungen, Prämedikationssprechstunden, BG, Kassenärztliche und Privatsprechstunden sowie eine angegliederte Aufnahmestation runden das Portfolio der ZNA ab. Die Zentrale Notaufnahme ist nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert und seit 04.10.2016 bescheinigt die Zertifizierung der ZNA nach DGINAZERT Version 2.0 die hochprofessionelle Notfallversorgung als eine der wenigen ZNA in Deutschland.

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.

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	1516	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie - Dr. med. Christian Friz
2	Hauptabteilung	0107	Klinik für Innere Medizin - PD Dr. med. Dr. phil. Erwin Biecker
3	Hauptabteilung	2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe - Dr. Julia Klenske
4	Nicht-Bettenführend	3600	Zentralanästhesie - Dr. med. Volker Hauff
5	Nicht-Bettenführend	3751	Zentralradiologie - Prof. Dr. med. Michael Bitzer
6	Nicht-Bettenführend	3700	Zentrale Notaufnahme - Dr. med. Katharina Schmid
7	Belegabteilung	2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde - Georgios Chalkiadakis und Dr. med. Boris Saul
8	Belegabteilung	3500	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie - PD Dr. med. Dr. med. dent. Eichhorn
9	Belegabteilung	3500	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Chirurgie - Dr. med. Dr. med. dent. Farsad

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 Balingen
PLZ:	72336
Ort:	Balingen
Straße:	Tübinger Straße
Hausnummer:	30
IK-Nummer:	260840164
Standort-Nummer:	1
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, Pflegedienstleitung, ab 01.11.2016 Pflegedirektor
Telefon:	07433 90922200
Fax:	07433 90922205
E-Mail:	thomas.scholz@zollernalb-klinikum.de

Leitung des Standorts:

Standort:	Zollernalb Klinikum Balingen
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 Balingen
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 Balingen
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Bachelor of Business Administration (BBA) Thomas Scholz, Pflegedienstleitung, ab 01.11.2016 Pflegedirektor
Telefon:	07433 90922200
Fax:	07433 90922205
E-Mail:	thomas.scholz@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>Diabetesberatung, Geriatrischer Schwerpunkt, Sozialdienst, Psychoonkologie</i>
2	Atemgymnastik/-therapie
3	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>Palliativversorgung, Ethikkomitee und Durchführung von ethischen Fallbesprechungen</i>
4	Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>Bewegungstherapie</i>
5	Diät- und Ernährungsberatung <i>Diabetesberatung u. Ernährungsberatung durch Diabetesberaterin/DDG</i>
6	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege <i>Geriatrischer Schwerpunkt, Sozialdienst</i>
7	Ergotherapie/Arbeitstherapie <i>Geriatrischer Schwerpunkt</i>
8	Kinästhetik <i>regelmäßige innerbetriebliche Fortbildung, Grundkurs u. Aufbaukurse</i>
9	Schmerztherapie/-management <i>Pain Nurse</i>
10	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining <i>Geriatrischer Schwerpunkt</i>
11	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung <i>Klinik für Gynäkologie</i>
12	Manuelle Lymphdrainage
13	Massage
14	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie <i>Manuelle Therapie</i>
15	Physikalische Therapie/Bädertherapie <i>Physikalische Therapie</i>
16	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
17	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
18	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
19	Sozialdienst
20	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Vorträge, Informationsveranstaltungen, Medizinische Vorträge für die Bevölkerung "Gesundheit für Jedermann!", Infostand bei regionalen Messeveranstaltungen, Teilnahme bei Gesundheitsmesse gesinA, Berufsinfostand bei Messeveranstaltung</i>
21	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Diabetesberatung, Diabetikerschulungen, Geriatrischer Schwerpunkt, Sozialdienst</i>
22	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>Diabetesschulungen</i>
23	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>Psychoonkologie, Krankenhausseelsorge</i>

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
24	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen <i>z. B. Komplexbehandlung (Geriatrischer Schwerpunkt), Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.)</i>
25	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
26	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
27	Wärme- und Kälteanwendungen
28	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege <i>Geriatrischer Schwerpunkt, Sozialdienst; regelmäßige AG-Treffen mit ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen</i>
29	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
30	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
31	Stomatherapie/-beratung
32	Akupunktur <i>Hebammen - Kreißsaal</i>
33	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
34	Aromapflege/-therapie <i>Hebammen - Kreißsaal</i>
35	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie <i>Hebammen - Kreißsaal</i>
36	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse <i>Tages- und Abendveranstaltungen</i>
37	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien <i>Familienzimmer, grundsätzlich besteht die Möglichkeit zur Aufnahme einer Begleitperson</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	Leistungsangebot
1	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
2	Ein-Bett-Zimmer
3	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
4	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
5	Zwei-Bett-Zimmer
6	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
7	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer
	<i>Kosten pro Tag: 3,9 €</i>
	<i>Fernsehgerät am Bett inkl. Telefon Flatrate</i>
8	Internetanschluss am Bett/im Zimmer
	<i>Kosten pro Tag: 2 €</i>
9	Rundfunkempfang am Bett
	<i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
	<i>in Verbindung mit Telefon und Fernsehgerät am Bett</i>
10	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>
11	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer
12	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>
13	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
	<i>Grüne Damen und Herren</i>
14	Seelsorge
15	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
16	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
17	Hotelleistungen
18	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>
19	Andachtsraum

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
2	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
3	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
4	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
5	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug <i>sind vorhanden</i>
6	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen <i>sind vorhanden/Etage</i>
7	Besondere personelle Unterstützung
8	Arbeit mit Piktogrammen
9	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) <i>es ist eine große Anzahl an neuen Betten (bis 225 kg sichere Arbeitslast) für übergewichtige Patienten vorhanden</i>
10	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische <i>Deckenlifter für Ein- Ausschleusung für schwergewichtige Patienten; OP-Tische für bes. Körpergröße indiv. verstellbar vorhanden, OP Tisch bealstbar bis 380 kg/Gesamtgewicht bei Rückenlagerung</i>
11	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
12	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
13	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
14	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
15	Allergenarme Zimmer
16	Diätetische Angebote
17	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>vielfältiges Personal mit nicht deutscher Muttersprache z. B. Englisch, Russisch, Türkisch, Polnisch, Rumänisch, Arabisch, Italienisch, Bulgarisch, Französisch, Griechisch</i>

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	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
4	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
5	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
6	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
7	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten

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>

Medizinische Fachangestellte (MFA) Zentrale Notaufnahme: Leitung Dr. med. Katharina Schmid

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 219

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	11457
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	29385

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 77,22 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 75,07 **Ohne:** 2,15

Versorgungsform: **Ambulant:** 15,46 **Stationär:** 61,76

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 38,93

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 36,93 **Ohne:** 2

Versorgungsform: **Ambulant:** 7,71 **Stationär:** 31,22

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 3

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt: 1,45

0,5 VK Neurologe (je anteilig Albstadt und Balingen); 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: 188,93

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 188,93

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 32,98

Stationär: 155,95

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

Gesamt: 6,72

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 6,72

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 1,48

Stationär: 5,24

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: 0,63

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0,63

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0,16

Stationär: 0,47

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: 11,3

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 11,3

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 2,49

Stationär: 8,81

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: 3**Beschäftigungs-
verhältnis:****Mit:** 3**Ohne:** 0**Versorgungsform:****Ambulant:** 0,78**Stationär:** 2,22

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 4,4**Beschäftigungs-
verhältnis:****Mit:** 4,4**Ohne:** 0**Versorgungsform:****Ambulant:** 0,78**Stationär:** 3,62

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Diätassistent und Diätassistentin

Gesamt: 3,15

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	3,15
-------------	------

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

Versorgungsform:

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

Stationär:	3,15
-------------------	------

Ergotherapeut und Ergotherapeutin

Gesamt: 1,42

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	1,42
-------------	------

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

Versorgungsform:

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

Stationär:	1,42
-------------------	------

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

Gesamt: 0,5

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	0,5
-------------	-----

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

Versorgungsform:

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

Stationär:	0,5
-------------------	-----

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

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:

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

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

Versorgungsform:

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

Stationär:	0
-------------------	---

Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Gesamt: 6,98

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	6,98
-------------	------

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

Versorgungsform:

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

Stationär:	6,98
-------------------	------

Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin

Gesamt: 0,7

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	0,5
-------------	-----

Ohne:	0,2
--------------	-----

Versorgungsform:

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

Stationär:	0,7
-------------------	-----

Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Gesamt: 1,82

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	1,82
-------------	------

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

Versorgungsform:

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

Stationär:	1,82
-------------------	------

Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin

Gesamt: 0,8**Beschäftigungs-
verhältnis:****Mit:** 0,8**Ohne:** 0**Versorgungsform:****Ambulant:** 0**Stationär:** 0,8

Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt: 2**Beschäftigungs-
verhältnis:****Mit:** 2**Ohne:** 0**Versorgungsform:****Ambulant:** 0**Stationär:** 2**Zentralradiologie:**

9,6 Vollkräfte Medizinisch-technische Radiologieassistenten/Innen (MTRA)

2,0 Vollkräfte Arzthelferinnen an der Röntgenleitstelle

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 Lenkungsremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums 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, Pflegedienstleitung, 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: quartalsweise</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:	quartalsweise
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Reorganisation Reanimationsalarm; im Bereich ZNA: Planung regelmäßiger Schockraumtrainings, Info an Pflegeheim bei stationärer Aufnahme von Pflegeheimpatienten oder Rückverlegung von ambulanten Patienten ins Pflegeheim, zeitnahe Übernahme von Patienten zwischen den Standorten des Zollernalb Klinikums, zur Erhöhung der Mitarbeitermotivation unerwünschte Ereignisse zu melden, wird die Erfassungstabelle passwortgeschützt für ZNA Mitarbeiter ins Intranet gestellt.

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
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	1 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	3 ²⁾
Hygienefachkräfte (HFK)	2 ³⁾
Hygienebeauftragte in der Pflege	0

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

²⁾ 3 hygienebeauftragte Ärzte Zollernalb Klinikum Balingen

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: 34

... 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 am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
2	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>
3	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
	<i>Die erforderlichen Prüfungen jeglicher Art werden von den verantwortlichen Personen in der ZSVA durchgeführt.</i>
4	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen

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 existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
2	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. <i>Kontaktaufnahme mit dem Beschwerdeführer findet in der Regel innerhalb von 2 Werktagen schriftlich oder mündlich statt</i>	Ja
3	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
5	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen 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	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Nein
2	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
3	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	
4	Gerät für Nierenersatzverfahren	Geräte für Nierenersatzverfahren (Dialyse)	Ja
	<i>in Zusammenarbeit mit Hr. Dr. Gehlen und Hr. Dr. Roth</i>		
5	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung		Ja
6	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja
7	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein
8	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
9	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
10	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie - Dr. med. Christian Friz

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie - Dr. med. Christian Friz
Straße:	Tübinger Straße
Hausnummer:	30
PLZ:	72336
Ort:	Balingen
URL:	http://www.zollernalb-klinikum.de

Zertifizierungen:

- DIN EN ISO 9001:2008 (seit 2006)
- Lokales Traumazentrum im Traumanetzwerk Südwürttemberg (seit dem 15.03.2010)
- EndoProthetikZentrum (seit dem 26.01.2016)

Weiterbildungsermächtigungen (Chefarzt Dr. med. Christian Friz):

- 24 Monate Basisweiterbildung Chirurgie
- 30 Monate Facharztkompetenz Orthopädie und Unfallchirurgie
- 18 Monate Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie

Hauptoperateure vom EndoProthetikZentrum Zollernalb Klinikum Balingen:

- Chefarzt Dr. med. Christian Friz
- Leitender Oberarzt Daniel Baltisberger

Endoprothetische Eingriffe am Hüft- und Kniegelenk im Rahmen vom EndoProthetikZentrum Zollernalb Klinikum Balingen im Jahr 2016:

Anzahl: 216

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Christian Friz, Chefarzt
Telefon:	07433 90922301
Fax:	07433 90922305
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	Bandrekonstruktionen/Plastiken
2	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
3	Septische Knochenchirurgie
4	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
5	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
6	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
12	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
14	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
15	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
	<i>Versorgung von Patienten mit Polytrauma und Verletzungen des Bauchraumes</i>
16	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
17	Wirbelsäulenchirurgie
18	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
19	Schulterchirurgie

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:	3154
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Verletzung des Schädelinneren	341
2	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	255
3	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	248
4	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	183
5	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	169
6	S52	Knochenbruch des Unterarmes	163
7	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	158
8	M54	Rückenschmerzen	134
9	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	120
10	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	113
11	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	97
12	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	88
13	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	69
14	M20	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen	68
15	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone	51
16	S20	Oberflächliche Verletzung im Bereich des Brustkorbes	49
17	S30	Oberflächliche Verletzung des Bauches, der Lenden bzw. des Beckens	43
18	M75	Schulterverletzung	36
19	A46	Wundrose - Erysipel	35
20	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	32
21	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	32
22	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte bzw. des Oberschenkels	27
23	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose	24
24	M50	Bandscheibenschaden im Halsbereich	23
25	S92	Knochenbruch des Fußes, außer im Bereich des oberen Sprunggelenkes	20
26	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	19
27	S12	Knochenbruch im Bereich des Halses	18
28	S43	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Schultergürtels	18
29	S13	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Halses	18
30	S76	Verletzung von Muskeln oder Sehnen in Höhe der Hüfte bzw. des Oberschenkels	17

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-788	Operation an den Fußknochen	396
2	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	323
3	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	290
4	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	252
5	5-784	Operative Verpflanzung bzw. Umlagerung von Knochengewebe	249
6	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	223
7	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	221
8	5-831	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	220
9	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	204
10	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	204
11	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	185
12	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	181
13	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	181
14	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	180
15	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	173
16	5-786	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	173
17	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	173
18	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	150
19	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	147
20	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	110
21	5-822	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	109
22	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	84
23	5-983	Erneute Operation	79
24	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken	78
25	5-808	Operative Gelenkversteifung	77
26	5-792	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	77
27	5-814	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung	75
28	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	69
29	5-79b	Operatives Einrichten (Reposition) einer Gelenkverrenkung	65
30	5-801	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken)	63

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Berufsgenossen-schaftliche Ambulanz
D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
Leistungen:
VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
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)
Leistungen:
VC66 - Arthroskopische Operationen
VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC30 - Septische Knochenchirurgie
<i>Sprechstunden- und Notfallbehandlung insbesondere: Schultersprech-, Hüft- und Kniesprechstunde, Wundversorgung, operative und konservative Behandlung von Knochenbrüchen, Ultraschalluntersuchungen, Anwendungen von Kältetherapie (Kryotherapie)</i>

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

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	199
2	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	54
3	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	28
4	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	25
5	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	18
6	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	18
7	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	17
8	5-796	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen	11
9	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	10
10	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	9
11	5-859	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln	8
12	5-849	Sonstige Operation an der Hand	8
13	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	6
14	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	4
15	5-841	Operation an den Bändern der Hand	< 4
16	5-851	Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 4
17	5-780	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit	< 4
18	5-041	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven	< 4
19	5-807	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern sonstiger Gelenke	< 4
20	5-856	Wiederherstellende Operation an den Bindegewebshüllen von Muskeln	< 4
21	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	< 4
22	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
23	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	< 4
24	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	< 4
25	5-782	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe	< 4
26	5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	< 4
27	5-79b	Operatives Einrichten (Reposition) einer Gelenkverrenkung	< 4
28	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
29	5-852	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen	< 4
30	5-806	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des oberen Sprunggelenks	< 4

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Ja

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 16,76 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40

Zuzüglich 1,58 VK Arztassistentinnen

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 14,61

Ohne: 2,15

Versorgungsform:

Ambulant: 4,36

Stationär:	12,4
Fälle je Anzahl:	254,4

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 7,08

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 5,08

Ohne: 2

Versorgungsform:

Ambulant: 1,84

Stationär:	5,24
Fälle je Anzahl:	601,9

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Spezielle Unfallchirurgie
2	Manuelle Medizin/Chirotherapie
3	Notfallmedizin

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Zusätzlich 3,99 Hilfskräfte ohne pflegerische Ausbildung

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

39

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

Gesamt: 71,89

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

Mit: 71,89

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 18,6

Stationär:	53,29
Fälle je Anzahl:	59,2

Gesundheits- und Kinderkrankpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

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: 0,63

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,63	Ohne:	0
	Ambulant:	0,16	Stationär:	0,47
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	6710,6

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: 3

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	3	Ohne:	0
	Ambulant:	0,78	Stationär:	2,22
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	1420,7

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 1,45

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,45	Ohne:	0
	Ambulant:	0,38	Stationär:	1,07
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	2947,7

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	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
4	Pflege in der Onkologie
5	Praxisanleitung

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

Zusatzqualifikationen	
1	Schmerzmanagement
2	Palliative Care
3	Wundmanagement
4	Diabetes
	<i>Diabetesberaterin DDG</i>

B-[2] Klinik für Innere Medizin - PD Dr. med. Dr. phil. Erwin Biecker

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Innere Medizin - PD Dr. med. Dr. phil. Erwin Biecker
Straße:	Tübinger Straße
Hausnummer:	30
PLZ:	72336
Ort:	Balingen
URL:	http://www.zollernalb-klinikum.de

Zertifizierungen:

- DIN EN ISO 9001:2008 (seit 2009)
- Darmzentrum (seit dem 19.03.2010) - Hauptkooperationspartner vom Darmzentrum Zollernalb im Bereich der Gastroenterologie und Onkologie; Herr PD Dr. med. Dr. phil. Erwin Biecker ist als stellvertretender Leiter des Darmzentrums benannt.

Weiterbildungsermächtigungen:

- volle Weiterbildungsermächtigung (36 Monate) für die Basisweiterbildung Innere Medizin und 48 Monate von 60 Monaten für die Facharztausbildung Innere Medizin (PD Dr. med. Dr. phil. Erwin Biecker)
- komplette Weiterbildungsermächtigung (36 Monate) im Schwerpunkt Gastroenterologie (PD Dr. med. Dr. phil. Erwin Biecker)
- komplette (18 Monate) Zusatzweiterbildung Geriatrie (Dr. med. Dietmar Grimshandl)

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(0100) Innere Medizin

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

Name/Funktion:	PD Dr. med. Dr. phil. Erwin Biecker, Chefarzt
Telefon:	07433 90922601
Fax:	07433 90922605
E-Mail:	info@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:	Ja
--	----

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten <i>Echokardiographie (Ultraschall des Herzens), Transösophageale Echokardiographie - TEE (Ultraschall des Herzens durch die Speiseröhre), Langzeit-EKG, Belastungs-EKG</i>
2	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
6	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
7	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
8	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
9	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten <i>z. B. Diabetes, Schilddrüse, Fachärztin Endokrinologie/Diabetologie DDG</i>
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) <i>Fachärzte Gastroenterologie</i>
12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen <i>Facharzt Onkologie</i>
19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
20	Intensivmedizin
21	Diagnostik und Therapie von Allergien
22	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
23	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
24	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
25	Spezialsprechstunde <i>Tumorsprechstunde, gastroenterologische Sprechstunde, endokrinologische Sprechstunde</i>
26	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
27	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
28	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
29	Onkologische Tagesklinik
30	Physikalische Therapie
31	Endoskopie <i>Gastroskopie, Coloskopie, therapeutische ERCP, Doppelballon Enteroskopie, Bronchoskopie</i>
32	Palliativmedizin
33	Schmerztherapie
34	Transfusionsmedizin
35	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen <i>z. B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn</i>

Medizinische Leistungsangebote	
36	Geriatrischer Schwerpunkt <i>Facharzt Geriatrie</i>
37	Native Sonographie
38	Eindimensionale Dopplersonographie
39	Duplexsonographie
40	Sonographie mit Kontrastmittel
41	Endosonographie
42	hochauflösende Ösophagusmanometrie
43	pH-Metrie

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:	4915
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzschwäche	273
2	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	210
3	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	202
4	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	162
5	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	144
6	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	111
7	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	111
8	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	103
9	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	99
10	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	98
11	K80	Gallensteinleiden	96
12	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	96
13	A09	Magen-Darm-Grippe und sonstige Entzündung des Dickdarmes	90
14	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	83
15	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	77
16	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	76
17	E86	Flüssigkeitsmangel	73
18	K21	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft	68
19	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	65
20	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	61
21	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	56
22	D50	Blutarmut durch Eisenmangel	56
23	K83	Sonstige Krankheit der Gallenwege	55
24	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	54
25	K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	53
26	K70	Leberkrankheit durch Alkohol	52
27	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	52
28	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	49
29	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	48
30	J22	Akute Entzündung der unteren Atemwege, vom Arzt nicht näher bezeichnet	47

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	1320
2	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	797
3	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	687
4	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	582
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	568
6	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	438
7	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	429
8	1-771	Einheitliche Basisuntersuchung von alten Menschen	399
9	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	336
10	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	239
11	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	191
12	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	188
13	1-853	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	162
14	5-469	Sonstige Operation am Darm	129
15	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	124
16	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	117
17	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	116
18	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	109
19	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	103
20	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	102
21	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	90
22	3-055	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre	90
23	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	85
24	3-054	Ultraschall des Zwölffingerdarms mit Zugang über die Speiseröhre	81
25	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	81
26	5-449	Sonstige Operation am Magen	74
27	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	71
28	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	60
29	1-651	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung	60
30	5-526	Operation am Bauchspeicheldrüsengang bei einer Magenspiegelung	59

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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:
VI00 - Geriatischer Schwerpunkt, Facharzt für Geriatrie
VI00 - Native Sonographie, Eindimensionale Dopplersonographie, Duplexsonographie, Sonographie mit Kontrastmittel, Endosonographie
VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VR04 - Duplexsonographie
VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
VI35 - Endoskopie
VR06 - Endosonographie
VR02 - Native Sonographie
VI37 - Onkologische Tagesklinik
VI38 - Palliativmedizin
VI39 - Physikalische Therapie
VP14 - Psychoonkologie
VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
VI42 - Transfusionsmedizin
<i>Notfall- und Sprechstundenbehandlung</i>
Zentrale Notaufnahme
Notfallambulanz (24h)
Innere Ambulanz
Privatambulanz
<i>einschließlich Patienten mit Überweisung von einem Facharzt</i>

Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Leistungen:

LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

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

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	44
2	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	5
3	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	< 4
4	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	< 4
5	5-526	Operation am Bauchspeicheldrüsengang bei einer Magenspiegelung	< 4
6	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	< 4

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 27,55 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40

Einschließlich 1,0 VK Geriatrie und 0,97 VK Onkologie, zuzüglich 2,54 VK Arztassistentinnen

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 27,55

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 3,8

Stationär:	23,75
Fälle je Anzahl:	206,9

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 13,28

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 13,28

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 1,53

Stationär:	11,75
Fälle je Anzahl:	418,3

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 0

Fälle je Anzahl: 0,0

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Allergologie
2	Diabetologie
3	Geriatric
4	Medikamentöse Tumorthherapie
5	Notfallmedizin
6	Palliativmedizin
7	Ärztliches Qualitätsmanagement

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Zusätzlich 4,69 VK Hilfskräfte ohne pflegerische Ausbildung

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

39

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

Gesamt: 96,61

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

Mit: 96,61

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 11,11

Stationär:	85,5
Fälle je Anzahl:	57,5

Gesundheits- und Kinderkrankpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

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: 0

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

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

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

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

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 2,25

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

Mit: 2,25

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0,26

Stationär:	1,99
Fälle je Anzahl:	2469,9

B-[2].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	Praxisanleitung

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

	Zusatzqualifikationen
1	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	Diabetes <i>Diabetesberaterin DDG</i>
3	Geriatric
4	Palliative Care

B-[3] Frauenheilkunde und Geburtshilfe - Dr. Julia Klenske

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Frauenheilkunde und Geburtshilfe - Dr. Julia Klenske
Straße:	Tübinger Straße
Hausnummer:	30
PLZ:	72336
Ort:	Balingen
URL:	http://www.zollernalb-klinikum.de

Zertifizierungen:

- DIN EN ISO 9001:2008 (seit 2011)
- Hauptkooperationspartner im interdisziplinären Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Albstadt-Sigmaringen (seit dem 10.06.2015)
- "Babyfreundliche Geburtsklinik" (zertifiziert bis zum 18.12.2016)

Weiterbildungsermächtigungen:

- 60 Monate (volle Weiterbildungsermächtigung) Facharztkompetenz Frauenheilkunde (Dr. Julia Klenske, Thomas Moser)
- 24 Monate Schwerpunktkompetenz Gynäkologische Onkologie (Dr. Julia Klenske)

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Name/Funktion:	Dr. Julia Klenske, Chefärztin
Telefon:	07433 90922551
Fax:	07433 90922555
E-Mail:	frauenklinik@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 bösartigen Tumoren der Brustdrüse
2	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
4	Endoskopische Operationen <i>z. B. Laparaskopie, Hysteroskopie, Hysterektomie</i>
5	Gynäkologische Chirurgie
6	Inkontinenzchirurgie
7	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren <i>z. B. Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom - Sonstige med. Leistungsangebote: Antikörper- Antihormon - Chemotherapie bei gynäkologischen Malignomen, Immunmodulatoren</i>
8	Pränataldiagnostik und -therapie <i>z. B. Fruchtwasseruntersuchung - Sonstige med. Leistungsangebote: Nicht Invasive Pränataldiagnostik/Test</i>
9	Betreuung von Risikoschwangerschaften
10	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
11	Geburtshilfliche Operationen
12	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
13	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes <i>z. B. Endometriose</i>
14	Spezialsprechstunde <i>Brustsprechstunde, Descensus/Kontinenzsprechstunde, Teeniesprechstunde</i>
15	Urogynäkologie <i>Inkontinenzsprechstunde, Urodynamische Messung, Zystoskopie</i>
16	Gynäkologische Endokrinologie
17	Ambulante Entbindung
18	Endometriumablation bei Blutungsstörungen

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:	3179
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Neugeborene	831
2	O80	Normale Geburt eines Kindes	349
3	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	155
4	C50	Brustkrebs	121
5	N92	Zu starke, zu häufige bzw. unregelmäßige Regelblutung	98
6	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	88
7	O64	Geburtshindernis durch falsche Lage bzw. Haltung des ungeborenen Kindes kurz vor der Geburt	79
8	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	77
9	N83	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder	75
10	O42	Vorzeitiger Blasensprung	71
11	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	70
12	P59	Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Ursachen	51
13	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	51
14	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	46
15	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	40
16	O28	Ungewöhnliches Ergebnis bei der Untersuchung der Mutter auf Krankheiten des ungeborenen Kindes	40
17	O65	Geburtshindernis durch Normabweichung des mütterlichen Beckens	38
18	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	36
19	O63	Sehr lange dauernde Geburt	32
20	N99	Krankheit der Harn- bzw. Geschlechtsorgane nach medizinischen Maßnahmen	30
21	O47	Wehen, die nicht zur Eröffnung des Muttermundes beitragen - Unnütze Wehen	29
22	O62	Ungewöhnliche Wehentätigkeit	28
23	P05	Mangelentwicklung bzw. Mangelernährung des ungeborenen Kindes in der Gebärmutter	27
24	C56	Eierstockkrebs	27
25	O82	Geburt eines Kindes durch Kaiserschnitt	26
26	N80	Gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter	26
27	C54	Gebärmutterkrebs	20
28	N84	Gutartige Schleimhautwucherung (Polyp) im Bereich der weiblichen Geschlechtsorgane	19
29	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	19
30	O99	Sonstige Krankheit der Mutter, die an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet werden kann, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verkompliziert	19

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	953
2	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	458
3	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	429
4	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	332
5	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	217
6	5-704	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide	192
7	5-683	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	189
8	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut - Ausschabung	156
9	5-738	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht	154
10	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	146
11	5-728	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke	146
12	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	110
13	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	81
14	5-593	Operation zur Anhebung des Blasenhalsses bei Blasen Schwäche mit Zugang durch die Scheide	61
15	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	55
16	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	53
17	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	51
18	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	50
19	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe	43
20	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	43
21	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung	43
22	5-756	Entfernung von zurückgebliebenen Resten des Mutterkuchens (Plazenta) nach der Geburt	42
23	5-740	Klassischer Kaiserschnitt	42
24	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschleife	41
25	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	39
26	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	37
27	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	34
28	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutterschleimhaut ohne operativen Einschnitt	33
29	5-872	Komplette operative Entfernung der Brustdrüse	32
30	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	30

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

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:

VG00 - Notfallbehandlung, allgemeine Gynäkologische/geburtshilfliche Untersuchungen und Beratungen bei Geburtsplanungen, Brustkrebs, Inkontinenz, Gebärmutterhalsenkung

VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften

VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren

VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse

VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane

VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse

VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes

VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes

VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse

VG05 - Endoskopische Operationen

VG12 - Geburtshilfliche Operationen

VG06 - Gynäkologische Chirurgie

VG07 - Inkontinenzchirurgie

VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie

VG15 - Spezialsprechstunde

VG16 - Urogynäkologie

B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung	329
2	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	32
3	5-711	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)	28
4	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	27
5	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	19
6	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	18
7	5-663	Operative(r) Zerstörung oder Verschluss des Eileiters - Sterilisationsoperation bei der Frau	15
8	5-751	Ausschabung zur Beendigung der Schwangerschaft	10
9	5-469	Sonstige Operation am Darm	9
10	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe	9
11	5-671	Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals	9
12	5-691	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter	8
13	5-881	Operativer Einschnitt in die Brustdrüse	7
14	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	6
15	5-702	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide	5
16	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	4
17	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	< 4
18	5-661	Operative Entfernung eines Eileiters	< 4
19	5-906	Kombinierter wiederherstellende Operation an Haut bzw. Unterhaut	< 4
20	5-673	Operative Entfernung des Gebärmutterhalses	< 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: 11,38 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	11,38	Ohne:	0
	Ambulant:	2,5	Stationär:	8,88
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	358,0

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 4,42

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	4,42	Ohne:	0
	Ambulant:	0,97	Stationär:	3,45
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	921,4

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

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

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Palliativmedizin <i>Hr. Oberarzt Dr. Braun</i>
2	Medikamentöse Tumortherapie <i>Fr. Chefärztin Dr. Klenske, Hr. Oberarzt Dr. Braun</i>

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Zusätzlich 1,51 VK Hilfskräfte ohne pflegerische Ausbildung

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

39

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

Gesamt: 10,34

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

Mit: 10,34

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 2,27

Stationär:	8,07
Fälle je Anzahl:	393,9

Gesundheits- und Kinderkrankpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 6,72

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

Mit: 6,72

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 1,48

Stationär:	5,24
Fälle je Anzahl:	606,7

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: 0

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

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

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

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

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

Versorgungsform:

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

Stationär:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 11,3

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

Mit:	11,3
-------------	------

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

Versorgungsform:

Ambulant:	2,49
------------------	------

Stationär:	8,81
Fälle je Anzahl:	360,8

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

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

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

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

Versorgungsform:

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

Stationär:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,7

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

Mit:	0,7
-------------	-----

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

Versorgungsform:

Ambulant:	0,14
------------------	------

Stationär:	0,56
Fälle je Anzahl:	5676,8

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

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Pflege in der Onkologie <i>1 Chemoambulanz</i>
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Praxisanleitung

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

	Zusatzqualifikationen
1	Still- und Laktationsberatung

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:	Tübinger Straße
Hausnummer:	30
PLZ:	72336
Ort:	Balingen
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:	07433 90920
Fax:	07433 90922592
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	764
2	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	357
3	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	298
4	8-911	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Subarachnoidalraum)	149
5	8-803	Wiedereinbringen von Blut, das zuvor vom Empfänger gewonnen wurde - Transfusion von Eigenblut	69
6	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	36
7	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	18
8	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	13

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
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: 13,23 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	13,23	Ohne:	0
	Ambulant:	1,46	Stationär:	11,77
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 7,4

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	7,4	Ohne:	0
	Ambulant:	0,81	Stationär:	6,59
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: 9,14

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 9,14

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 1

Stationär:	8,14
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

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

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
3	Praxisanleitung

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

Zusatzqualifikationen	
1	Schmerzmanagement <i>Pain Nurse</i>

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:	Tübinger Straße
Hausnummer:	30
PLZ:	72336
Ort:	Balingen
URL:	http://www.zollernalb-klinikum.de

Zertifizierung:

- 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 Chefarztin

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	Computertomographie (CT), nativ
3	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
4	Computertomographie (CT), Spezialverfahren <i>CT-gesteuerte Schmerztherapie</i>
5	Knochendichtemessung (alle Verfahren) <i>nur CT-Knochendichtemessung</i>
6	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
7	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
8	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
9	Kinderradiologie
10	Neuroradiologie
11	Teleradiologie
12	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren <i>Kardio-MRT, MRCP</i>
13	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
14	Spezialsprechstunde <i>ab 01.10.2015 Brustsprechstunde</i>
15	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>
16	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>

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	1177
2	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	909
3	8-914	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven	649
4	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	550
5	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	524
6	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	523
7	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	336
8	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	278
9	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	136
10	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	136
11	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	128
12	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	99
13	3-823	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	90
14	3-705	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Muskel-Skelett-Systems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	89
15	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	80
16	3-100	Röntgendarstellung der Brustdrüse	79
17	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	54
18	3-806	Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	53
19	3-825	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel	43
20	3-223	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks mit Kontrastmittel	42
21	3-709	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Lymphsystems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	35
22	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	25
23	3-805	Kernspintomographie (MRT) des Beckens ohne Kontrastmittel	24
24	3-227	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelettsystems mit Kontrastmittel	22
25	3-826	Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	15
26	3-13b	Röntgendarstellung der Magen-Darm-Durchgängigkeit	14
27	3-82a	Kernspintomographie (MRT) des Beckens mit Kontrastmittel	12
28	3-827	Kernspintomographie (MRT) der Brustdrüse mit Kontrastmittel	11
29	3-760	Sondenmessung im Rahmen der Entfernung eines bestimmten Lymphknotens bei Tumorkrankheiten, z.B. bei Brustdrüsenkrebs	11
30	3-241	Computertomographie (CT) des Wirbelkanals mit Kontrastmittel	8

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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:	
VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR10 - Computertomographie (CT), nativ	
VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR42 - Kinderradiologie	
VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)	
VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR43 - Neuroradiologie	
VR44 - Teleradiologie	

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

entfällt

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:

9,6 Vollkräfte Medizinisch-technische Radiologieassistenten/Innen (MTRA)

2,0 Vollkräfte Arzthelferinnen an der Röntgenleitstelle

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 3 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	3	Ohne:	0
	Ambulant:	1,41	Stationär:	1,59
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 3

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	3	Ohne:	0
	Ambulant:	1,41	Stationär:	1,59
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].11.2 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] Zentrale Notaufnahme - Dr. med. Katharina Schmid

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Zentrale Notaufnahme - Dr. med. Katharina Schmid
Straße:	Tübinger Straße
Hausnummer:	30
PLZ:	72336
Ort:	Balingen
URL:	http://www.zollernalb-klinikum.de

Zertifizierungen

- DIN EN ISO 9001:2008
- DGINAZERT Version 2.0 (seit dem 04.10.2016)

Weiterbildungsermächtigungen:

- Allgemeinmedizin über 18 Monate
- dreimonatige Weiterbildungsermächtigung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

Dr. med. Katharina Schmid:

- Ausbildungsermächtigung zur Medizinischen Fachangestellten/zum Medizinischen Fachangestellten
- Teil des ärztlichen Leitungsteams "Notfallpflege"
- vom Regierungspräsidium zugelassene Prüferin im Bereich der Notfallsanitäterausbildung

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(3700) Sonstige Fachabt.

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

Name/Funktion:	Dr. med. Katharina Schmid, Leitende Ärztin
Telefon:	07433 90922321
Fax:	07433 90922325
E-Mail:	katharina.schmid@zollernalb-klinikum.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	Notfallmedizin

- Notfalldiagnostik und Notfalltherapie aller Notfallpatienten
- Aufnahme elektiver Patienten
- Organisation Prämedikation
- Patientenbetreuung ambulant und kurzstationär
- Betreuung ambulant zu operierender Patienten
- Überwachung von Patienten nach Endoskopie in Sedierung

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

Fälle werden über die entlassende Fachabteilung geführt.

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Die Hauptdiagnosen nach ICD werden über die entlassende Fachabteilung geführt.

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Die durchgeführten Prozeduren nach OPS werden über die entlassende Fachabteilung geführt.

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

siehe Angaben der Fachabteilungen

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

siehe Angaben der Fachabteilungen

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

Ambulante D-Arzt-Zulassung und stationäre BG-Zulassung in der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie vorhanden.

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: 3,85 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40

NEF 1-82-2 wird von der ZNA besetzt von 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 3,85

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 1,93

Stationär:	1,92
Fälle je Anzahl:	0,0

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 2,3

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 2,3

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 1,15

Stationär:	1,15
Fälle je Anzahl:	0,0

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 0

Fälle je Anzahl: 0,0

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Allgemeinchirurgie
2	Viszeralchirurgie
3	Gefäßchirurgie
4	Allgemeinmedizin

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Notfallmedizin
2	Ärztliches Qualitätsmanagement
3	Spezielle Unfallchirurgie
4	Spezielle Viszeralchirurgie

Weitere Zusatzweiterbildungen:

- Peer Review
- Risikomanagement
- Leitender Notarzt

B-[6].11.2 Pflegepersonal

Das Pflegepersonal der zentralen Notaufnahme wurde den Fachabteilungen Unfallchirurgie und Orthopädie (siehe B-[1].11.2) und Innere Medizin (siehe B-[2].11.2) anteilig zugeordnet.

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

Das Pflegepersonal der zentralen Notaufnahme wurde den Fachabteilungen Unfallchirurgie und Orthopädie (siehe B-[1].11.2.) und Innere Medizin (siehe B-[2].11.2) anteilig zugeordnet.

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

Das Pflegepersonal der zentralen Notaufnahme wurde den Fachabteilungen Unfallchirurgie und Orthopädie (siehe B-[1].11.2) und Innere Medizin (siehe B-[2].11.2) anteilig zugeordnet.

B-[7] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde - Georgios Chalkiadakis und Dr. med. Boris Saul**B-[7].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde - Georgios Chalkiadakis und Dr. med. Boris Saul
Straße:	Tübinger Straße
Hausnummer:	30
PLZ:	72336
Ort:	Balingen
URL:	http://www.zollernalb-klinikum.de

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Name/Funktion:	Georgios Chalkiadakis und Dr. med. Boris Saul, HNO-Praxis
Telefon:	07433 8310
Fax:	07433 91682
E-Mail:	info@hno-balingen.de

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

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

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
4	Schwindeldiagnostik/-therapie
5	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
6	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes

B-[7].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

detaillierte Angaben siehe A-7: Aspekte der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	139
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	86
2	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	51
3	Q30	Angeborene Fehlbildung der Nase	< 4
4	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	< 4

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	92
2	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie	60
3	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	49
4	5-282	Operative Entfernung von Gaumen- und Rachenmandeln	26
5	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	9
6	5-289	Sonstige Operation an Gaumen- bzw. Rachenmandeln	< 4
7	5-294	Sonstige wiederherstellende Operation am Rachen	< 4

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

entfällt - wird im Rahmen der Praxistätigkeit erbracht

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 1
 Fälle je Anzahl: 139,0

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[7].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

39

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

Gesamt: 0,15

Beschäftigungsverhältnis:

Mit: 0,15

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär:	0,15
Fälle je Anzahl:	926,7

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

siehe B-[1].11.2.1: Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie" - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

siehe B-[1].11.2.2: Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie" - Zusatzqualifikation

B-[8] Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie - PD Dr. med. Dr. med. dent. Eichhorn

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie - PD Dr. med. Dr. med. dent. Eichhorn
Straße:	Tübinger Straße
Hausnummer:	30
PLZ:	72336
Ort:	Balingen
URL:	http://www.zollernalb-klinikum.de

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(3500) Zahn/Kieferheilkunde Mund- und Kieferchirurgie

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

Name/Funktion:	PD Dr. med. Dr. med. dent. Wolfgang Eichhorn, Belegarzt
Telefon:	07433 10728
Fax:	07433 10411
E-Mail:	mkg-balingen@t-online.de

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

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

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
2	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
3	Akute und sekundäre Traumatologie
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
7	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
8	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
9	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
10	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose

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

detaillierte Angaben siehe A-7: Aspekte der Barrierefreiheit

B-[8].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	70
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	16
2	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	15
3	K02	Zahnkaries	7
4	C44	Sonstiger Hautkrebs	7
5	D48	Tumor an sonstigen bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneten Körperregionen ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	4
6	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	< 4
7	K10	Sonstige Krankheit des Oberkiefers bzw. des Unterkiefers	< 4
8	K08	Sonstige Krankheit der Zähne bzw. des Zahnhalteapparates	< 4
9	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone	< 4
10	C43	Schwarzer Hautkrebs - Malignes Melanom	< 4
11	S01	Offene Wunde des Kopfes	< 4
12	K04	Krankheit des Zahnmarks bzw. des Gewebes um die Zahnwurzel	< 4
13	S06	Verletzung des Schädelinneren	< 4
14	E86	Flüssigkeitsmangel	< 4
15	E88	Sonstige Stoffwechselstörung	< 4
16	S52	Knochenbruch des Unterarmes	< 4
17	C04	Mundbodenkrebs	< 4
18	K12	Entzündung der Mundschleimhaut bzw. verwandte Krankheit	< 4
19	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	< 4
20	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	< 4
21	D17	Gutartiger Tumor des Fettgewebes	< 4

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[8].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-760	Operatives Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs des seitlichen Mittelgesichtes, insbesondere von Jochbein bzw. seitlicher Augenhöhlenwand	11
2	5-230	Zahnentfernung	8
3	5-766	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs der Augenhöhle	8
4	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	7
5	5-232	Zahnsanierung durch Füllung	6
6	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	5
7	5-761	Operatives Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs des zentralen Mittelgesichtes, insbesondere des Oberkiefers, der inneren Augenhöhlenwand bzw. des Nasenskelettes	< 4
8	5-218	Operative Korrektur der inneren bzw. äußeren Nase	< 4
9	5-231	Operative Zahnentfernung durch Eröffnung des Kieferknochens	< 4
10	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	< 4
11	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	< 4
12	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	< 4
13	5-770	Operative Durchtrennung, Entfernung oder Zerstörung (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	< 4
14	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	< 4
15	5-235	Wiedereinsetzen, Verpflanzung, Einpflanzung bzw. Stabilisierung eines Zahnes	< 4
16	5-908	Operative Korrekturen an Lippe bzw. Mundwinkel	< 4
17	5-217	Operative Korrektur der äußeren Nase	< 4
18	5-778	Wiederherstellende Operation an den Weichteilen im Gesicht	< 4
19	5-907	Erneute Operation einer Hautverpflanzung	< 4
20	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	< 4
21	5-77a	Operative Einführung bzw. Entfernung von Fremtteilen (Implantaten) zur Wiederherstellung der Gesichtsform	< 4
22	5-096	Sonstige wiederherstellende Operation an den Augenlidern	< 4
23	5-921	Operative Wundversorgung und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut bei Verbrennungen oder Verätzungen	< 4
24	5-277	Operative Entfernung des Mundbodens mit Wiederherstellung	< 4
25	5-77b	Knochenverpflanzung bzw. -umlagerung an Kiefer- oder Gesichtsschädelknochen	< 4
26	5-763	Operatives Einrichten (Reposition) sonstiger mehrfacher Knochenbrüche des Mittelgesichtes	< 4
27	5-242	Andere Operation am Zahnfleisch	< 4
28	5-261	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe einer Speicheldrüse bzw. eines Speicheldrüsenausführungsganges	< 4
29	5-240	Operativer Einschnitt in das Zahnfleisch bzw. operative Eröffnung des Kieferkammes	< 4
30	5-546	Wiederherstellende Operation an der Bauchwand bzw. des Bauchfells (Peritoneum)	< 4

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

entfällt - wird im Rahmen der Praxistätigkeit erbracht

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

entfällt

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

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

Stationäre BG-Zulassung:	Ja
--------------------------	----

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	1
Fälle je Anzahl:	70,0

B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	
1	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
2	Oralchirurgie

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Plastische Operationen

B-[8].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

39

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

Gesamt: 0,4

**Beschäftigungs-
verhältnis:**

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

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

Versorgungsform:

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

Stationär:	0,4
Fälle je Anzahl:	175,0

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

siehe B-[1].11.2.1: Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie" - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

siehe B-[1].11.2.2: Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie" - Zusatzqualifikation

B-[9] Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Chirurgie - Dr. med. Dr. med. dent. Farsad

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Chirurgie - Dr. med. Dr. med. dent. Farsad
Straße:	Tübinger Straße
Hausnummer:	30
PLZ:	72336
Ort:	Balingen
URL:	http://www.zollernalb-klinikum.de

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(3500) Zahn/Kieferheilkunde Mund- und Kieferchirurgie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Dr. med. dent. Hengameh Farsad, Belegärztin
Telefon:	07071 9590283
Fax:	07071 9590284
E-Mail:	info@dr-farsad.de

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

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

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
2	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie <i>Körperkonturierende Maßnahmen (Abdominalplastik, Bruststraffung, Oberschenkel- und Oberarmstraffung)</i>
3	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich <i>ästhetische und rekonstruktive Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie; ästhetische und rekonstruktive Septorhinoplastik</i>
4	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
5	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie <i>ästhetische und rekonstruktive Brustchirurgie nach Mammakarzinom (ausschließlich mit Eigenfett und Implantaten), ästhetische Operationen mit Mammavergrößerung, -verkleinerung, -straffung</i>
6	Hauttumoroperationen im Gesicht, am Stamm und an den Extremitäten (Verschluss mit loco regionalem Lappen oder direkt)

B-[9].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

detaillierte Angaben siehe A-7: Aspekte der Barrierefreiheit

B-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Leistungen, die nicht über § 301 übermittelt wurden:

[Operation] Text Fälle

[5-911] Gewebereduktion an Haut und Unterhaut 22

[5-217] Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase 19

[5-214] Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums 11

[5-910] Straffungsoperation am Gesicht 8

[5-097] Blepharoplastik (Operation am Augenlid) 5

[5-909] Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut 4

[5-218] Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik] 4

[5-546] Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum 3

[5-712] Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva 3

[5-886] Andere plastische Rekonstruktion der Mamma 1

[5-719] Andere Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen 1

[5-775] Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Mandibula 1

[5-881] Inzision der Mamma 1

[5-882] Operationen an der Brustwarze 1

[5-852] Exzision an Muskel, Sehne und Faszie 1

[5-764] Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae 1

Gesamtergebnis 86

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[9].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-911	Operation zur Straffung der Haut bzw. Unterhaut und Entfernung von Fettgewebe, außer im Gesicht	< 4
2	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	< 4

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

entfällt - wird im Rahmen der Praxistätigkeit erbracht

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

entfällt

B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[9].11 Personelle Ausstattung

B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 1
 Fälle je Anzahl: 0,0

B-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	
1	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
2	Zahnmedizin
3	Plastische und Ästhetische Chirurgie

B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Notfallmedizin
2	Plastische Operationen

B-[9].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

0,4

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

Gesamt: 0,4

Beschäftigungs-
verhältnis:

Mit: 0,4

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär:	0,4
Fälle je Anzahl:	0,0

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

siehe B-[1].11.2.1: Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie" - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[9].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

siehe B-[1].11.2.2: Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie" - 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)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
2	Karotis- Revaskularisation (10/2)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
3	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	170	97,1
4	Geburtshilfe (16/1)	964	99
5	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	99	97
6	Mammachirurgie (18/1)	84	98,8
7	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	133	97
8	Hüftendoprothesenverso (HEP)	192	97,9
9	Hüftendoprothesenverso Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	171	97,7
10	Hüftendoprothesenverso Hüft- Endoprothesenwechsel und - komponentenwechsel (HEP_WE)	24	100
11	Knieendoprothesenversc (KEP)	96	96,9
12	Knieendoprothesenversc : Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	91	96,7

	Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
13	Knieendoprothesenversch : Knieendoprothesenwech und -komponentenwechsel (KEP_WE)	5	100
14	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	361	100,6

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)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	0,8
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,74 % - 0,87 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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 Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	86,95
Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	86,71 % - 87,18 %
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

4 Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs 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 Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	60,97 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	95,5
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,42 % - 95,57 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1,32
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,24 % - 1,4 %
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

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/ehs150.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	96,9
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,77 % - 97,03 %
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

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 Indikatoregebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. 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.</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt	0,84	
Referenzbereich	= 10,00 % (Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	0,77 % - 0,91 %	
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
8 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 Indikatoregebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt	98,9	
Referenzbereich	≥ 95,00 % (Zielbereich)	
Vertrauensbereich	98,72 % - 99,06 %	
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	

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

9 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.
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	99,69
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,56 % - 99,79 %
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.

10 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1,05
Referenzbereich	= 3,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,14 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

11	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	11724
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	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. 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/ .
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	1,1
	Referenzbereich	= 4,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,22 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

12 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.
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	97,63
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,03 % - 98,11 %
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.
13 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.
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	99,41
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,95 % - 99,67 %
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.

14 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
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. 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/
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,89
Referenzbereich	= 4,24 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,77 % - 1,04 %
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.
15 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

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. 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>
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,9
Referenzbereich	= 2,89 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,79 % - 1,01 %
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.
16	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>
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	6,46
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	4,18 % - 9,87 %

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.
17 Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung	
Kennzahl-ID	612
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	78,79 %
Vertrauensbereich	62,25 % - 89,32 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	91,03
Referenzbereich	>= 79,11 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	90,72 % - 91,33 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	26
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	33
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
18 Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung	
Kennzahl-ID	10211
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	20 %
Vertrauensbereich	8,86 % - 39,13 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	11,51
Referenzbereich	= 20,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	11,03 % - 12,01 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	25
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

19	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken
Kennzahl-ID	12874
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 5,83 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1,33
Referenzbereich	= 5,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	1,22 % - 1,45 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	62
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	Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie bei Patientinnen ohne bösartigen Tumor, gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut oder Voroperation im umliegenden Operationsgebiet	
	Kennzahl-ID	51418
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 9,18 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	0,38
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,33 % - 0,43 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	38
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
21	Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51906
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 5,97 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,94
Referenzbereich	= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,88 % - 1,01 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,62
Grundgesamtheit	99
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

22	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund nach Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	51907
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	24 %
	Vertrauensbereich	11,5 % - 43,43 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	15,08
	Referenzbereich	= 28,46 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	14,54 % - 15,64 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	6
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	25
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

23	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)	12,39 %
Vertrauensbereich	7,53 % - 19,73 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	3,12
Referenzbereich	= 6,85 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	3,02 % - 3,23 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	113
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
24	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/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	24,3
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	20,33 % - 28,77 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	A41 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	⬇ verschlechtert

25 Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten	
Kennzahl-ID	318
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	96,06
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,82 % - 96,29 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	U33 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
26 Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen)	
Kennzahl-ID	321
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 0,42 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,21
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,2 % - 0,22 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	915
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27 Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung)	
Kennzahl-ID	330
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	96,26
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,82 % - 96,66 %
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
28 Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten	
Kennzahl-ID	1058
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 24,25 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,32
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,23 % - 0,45 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
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

29	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während des Kaiserschnitts	
	Kennzahl-ID	50045
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	94,56 %
	Vertrauensbereich	91,34 % - 96,62 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	98,72
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,67 % - 98,77 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	278
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	294
	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

30	Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51181
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich	= 2,09 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,96 % - 1,01 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
31	Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Kennzahl-ID	51397
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 1,65 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1,01
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,96 % - 1,06 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,31
Grundgesamtheit	915
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32	Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand	
	Kennzahl-ID	51803
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	0,53
	Vertrauensbereich	0,21 % - 1,35 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	0,97
	Referenzbereich	= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,94 % - 0,99 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	7,59
	Grundgesamtheit	3674
	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
33	Übersäuerung des Blutes bei Frühgeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51831
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 24,07 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	1
Referenzbereich	= 5,02 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,9 % - 1,12 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,14
Grundgesamtheit	26
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

34	Kaiserschnittgeburten - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	52249
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	1,06
	Vertrauensbereich	0,97 % - 1,17 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	0,99
	Referenzbereich	= 1,27 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 0,99 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	294
	Erwartete Ereignisse	276,34
	Grundgesamtheit	952
	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

35 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)	14,58 %
Vertrauensbereich	8,89 % - 23 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	19,66
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	19,34 % - 19,98 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	96
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
36 Vorbeugende Gabe von Antibiotika	
Kennzahl-ID	54031
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	96,15 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	99,52
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,47 % - 99,58 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	96
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	96

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	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	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
38	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>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt	0,83	
Referenzbereich	= 4,30 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	0,76 % - 0,91 %	
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	
39 Infektion der Operationswunde - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt		
Kennzahl-ID	54038	
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja	
<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	↔ unverändert

40	Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der Hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bund	
	Kennzahl-ID	54040
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 3,25 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	0,87
Referenzbereich	= 3,72 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	0,81 % - 0,95 %	
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	1,14	
Grundgesamtheit	96	
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	

41 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)	1,39
Vertrauensbereich	0,77 % - 2,42 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,95
Referenzbereich	= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,92 % - 0,98 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	7,19
Grundgesamtheit	96
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
42 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)	0,69
Vertrauensbereich	0,27 % - 1,7 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,98
Referenzbereich	= 2,00 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,94 % - 1,01 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	5,78
Grundgesamtheit	96
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
43 Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium	
Kennzahl-ID	2163
Leistungsbereich	Operation an der Brust
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)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,12
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,24 %
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
44	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium und Behandlung unter Erhalt der Brust
Kennzahl-ID	50719
Leistungsbereich	Operation an der Brust
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	10,34
Referenzbereich	= 18,39 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	9,53 % - 11,21 %
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
45	Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage
Kennzahl-ID	51370
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Da eine Brustkrebsoperation keinen Notfall darstellt, ist Betroffenen ausreichend Zeit einzuräumen, um sich über die Krankheit und das entsprechende Behandlungskonzept zu informieren und sich damit am Behandlungsprozess aktiv zu beteiligen. Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, kann dies auf Defizite bei der Information, Aufklärung und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen hindeuten. 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)	33,33 %
Vertrauensbereich	22,49 % - 46,28 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	6,33
Referenzbereich	= 24,15 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	6,14 % - 6,53 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	57
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
46 Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung	
Kennzahl-ID	51846
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, 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	94,65 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	96,34
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,21 % - 96,48 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	68
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	68
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
47 Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten	
Kennzahl-ID	51847
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, 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)	96,67 %
Vertrauensbereich	83,33 % - 99,41 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	95,44
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,21 % - 95,66 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	29
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
48	Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund
Kennzahl-ID	52268
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch 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. Dies wird in dem Indikator "Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden" berücksichtigt.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	7,14 %
Vertrauensbereich	2,81 % - 16,98 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	13,62
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	13,36 % - 13,89 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	56
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
49	Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Kennzahl-ID	52273
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. 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. 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)	0,58
Vertrauensbereich	0,23 % - 1,37 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,01 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	6,96
Grundgesamtheit	56
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

50	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Ultraschall kontrolliert)	
	Kennzahl-ID	52279
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	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	77,19 % - 100 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	90,71
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	90,32 % - 91,08 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	13
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	13
	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

51	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Röntgenstrahlen kontrolliert)	
	Kennzahl-ID	52330
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	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	98,52
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,34 % - 98,68 %
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.

52	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	52009
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	0,54
	Vertrauensbereich	0,35 % - 0,81 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	0,95
	Referenzbereich	= 1,95 (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,94 % - 0,96 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	22
	Erwartete Ereignisse	40,96
	Grundgesamtheit	10095
	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

53 Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erworben	
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	10095
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
54 Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	
Kennzahl-ID	54001
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	95 %
Vertrauensbereich	87,84 % - 98,04 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	96,54
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,45 % - 96,63 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	76
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	80

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

55 Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile

Kennzahl-ID	54002
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	86,68 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	93,02
Referenzbereich	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,71 % - 93,32 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	25
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

56 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)	12,5 %
Vertrauensbereich	7,13 % - 21,01 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	17,46
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	17,15 % - 17,78 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	11
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

57	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden	
	Kennzahl-ID	54004
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	95,18 %
	Vertrauensbereich	90,78 % - 97,54 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	92,87
	Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	92,75 % - 92,99 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	158
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	166
	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	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)	100 %
	Vertrauensbereich	98,06 % - 100 %

Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	99,79
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,77 % - 99,81 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	194
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	194
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

59	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)	96,25 %
	Vertrauensbereich	89,55 % - 98,72 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	97,98
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,91 % - 98,04 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	77
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	80
	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	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

	<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.</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		1,44
Vertrauensbereich		0,99 % - 2,06 %
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		0,91
Referenzbereich		= 2,15 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich		0,89 % - 0,93 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		24
Erwartete Ereignisse		16,62
Grundgesamtheit		165
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
61 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
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>		<p>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.</p>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		0 %
Vertrauensbereich		0 % - 3,29 %
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		0,2
Referenzbereich		Sentinel-Event
Vertrauensbereich		0,18 % - 0,22 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	113
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

62	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)	5,75 %
	Vertrauensbereich	2,48 % - 12,76 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	11,53
	Referenzbereich	= 25,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	11,27 % - 11,79 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	5
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	87
	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

63	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	↻ unverändert

64	Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten	
	Kennzahl-ID	54017
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 13,8 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	6,16
	Referenzbereich	= 19,17 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	5,87 % - 6,46 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	24
	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

65	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

	<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>
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
Ergebnis (Einheit)		6,82 %
Vertrauensbereich		3,16 % - 14,09 %
Bundesergebnis		
Bundesdurchschnitt		4,42
Referenzbereich		= 11,55 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich		4,26 % - 4,59 %
Fallzahl		
Beobachtete Ereignisse		6
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
66	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
<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>
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	↻ unverändert

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

Kennzahl-ID	54120
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	16 %
Vertrauensbereich	6,4 % - 34,65 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	10,19
Referenzbereich	= 23,95 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	9,83 % - 10,56 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	25
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

68 Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks

Kennzahl-ID	54020
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	97,4 %
Vertrauensbereich	91,02 % - 99,28 %

Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	97,43
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,34 % - 97,51 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	75
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	77
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

69	Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks	
	Kennzahl-ID	54021
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	75,75 % - 100 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	94,25
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	93,91 % - 94,57 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	12
	Erwartete Ereignisse	-
	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

70	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	
	Kennzahl-ID	54022
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	56,55 % - 100 %
Bundesergebnis		
	Bundesdurchschnitt	91,02
	Referenzbereich	≥ 86,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	90,6 % - 91,43 %
Fallzahl		
	Beobachtete Ereignisse	5
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	5
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
71	Vorbeugende Gabe von Antibiotika	
	Kennzahl-ID	54023
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses		
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	96,07 % - 100 %
Bundesergebnis		
	Bundesdurchschnitt	99,75
	Referenzbereich	≥ 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	99,73 % - 99,77 %
Fallzahl		
	Beobachtete Ereignisse	94
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	94
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

72	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus	
	Kennzahl-ID	54026
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	97,7 %
	Vertrauensbereich	92 % - 99,37 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	92,03
	Referenzbereich	>= 80,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	91,9 % - 92,16 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	85
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	87
	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
73	Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	54028
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 4,1 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	0,72
	Referenzbereich	= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,67 % - 0,76 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,9
Grundgesamtheit	91
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	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
	Kennzahl-ID	2005
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	99,17 %
	Vertrauensbereich	97,6 % - 99,72 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	98,33
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,28 % - 98,37 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	360
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	363
	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	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)	97,81 %
	Vertrauensbereich	95,54 % - 98,93 %

Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	95,74
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,65 % - 95,82 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	312
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	319
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 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)	96,15 %
	Vertrauensbereich	87,02 % - 98,94 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	97,3
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,14 % - 97,45 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	50
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	52
	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	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)	92,31 %
Vertrauensbereich	87,04 % - 95,55 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	93,63
Referenzbereich	≥ 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,5 % - 93,76 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	144
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	156
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
78	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)	96,6 %
Vertrauensbereich	93,15 % - 98,34 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	95,88
Referenzbereich	≥ 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,79 % - 95,97 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	199
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	206
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

79	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)	98,61 %
	Vertrauensbereich	96,79 % - 99,41 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	96,32
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	96,25 % - 96,39 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	355
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	360
	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
80	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)	1,02
	Vertrauensbereich	0,8 % - 1,28 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	1
	Referenzbereich	= 1,56 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,01 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	57
Erwartete Ereignisse	55,98
Grundgesamtheit	363
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	Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	78	

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

entfällt

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):	43
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	24
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	24

* 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 Erläsoptimierung 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
- EndoProthetikZentrum (seit dem 26.01.2016)
- Zentrale Notaufnahme nach DGINAZERT Version 2.0 (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.