

Qualitätsbericht

Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH

Berichtsjahr 2021



Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH



Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	17
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	20
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	20
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	21
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	22
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	22
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	22
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	22
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	24
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	25
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	25
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	25
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	27
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	27
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	27
A-9	Anzahl der Betten	28
A-10	Gesamtfallzahlen	29
A-11	Personal des Krankenhauses	30
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	30
A-11.2	Pflegepersonal	31
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	32
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	33
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	35
A-12.1	Qualitätsmanagement	35
A-12.1.1	Verantwortliche Person	35
A-12.1.2	Lenkungsgremium	35

A-12.2	Klinisches Risikomanagement	35
A-12.2.1	Verantwortliche Person	35
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	35
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems	36
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	37
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	37
A-12.3.1	Hygienepersonal	37
A-12.3.1.1	Hygienekommission	38
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	38
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	38
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie	38
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	39
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	40
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	40
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	41
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	42
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	42
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	42
A-12.5.2	Verantwortliche Person	42
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	43
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	43
A-13	Besondere apparative Ausstattung	45
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	46
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	46
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	46
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	48
B-[1516]	Unfallchirurgie	49

B-	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	49
[1516].1		
B-	Fachabteilungsschlüssel	49
[1516].1.1		
B-	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	50
[1516].1.2		
B-	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	51
[1516].2		
B-	Medizinische Leistungsangebote der	51
[1516].3	Organisationseinheit/Fachabteilung	
B-	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	52
[1516].5		
B-	Hauptdiagnosen nach ICD	52
[1516].6		
B-	Hauptdiagnosen 3-stellig	53
[1516].6.1		
B-	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	54
[1516].7		
B-	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	55
[1516].7.1		
B-	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	56
[1516].8		
B-	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	56
[1516].8.1		
B-	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	58
[1516].9		
B-	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	59
[1516].9.1		
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	60
[1516].10		
B-	Personelle Ausstattung	60
[1516].11		
B-	Ärzte und Ärztinnen	60
[1516].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	60
[1516].11.1.1		

B- Zusatzweiterbildung	60
[1516].11.1.2	
B- Pflegepersonal	61
[1516].11.2	
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	61
[1516].11.2 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	62
[1516].11.2.2	
B- Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	62
[1516].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[1523] Orthopädie und Endoprothetik	63
B- Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	63
[1523].1	
B- Fachabteilungsschlüssel	64
[1523].1.1	
B- Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	64
[1523].1.2	
B- Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	65
[1523].2	
B- Medizinische Leistungsangebote der	65
[1523].3 Organisationseinheit/Fachabteilung	
B- Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	66
[1523].5	
B- Hauptdiagnosen nach ICD	66
[1523].6	
B- Hauptdiagnosen 3-stellig	66
[1523].6.1	
B- Durchgeführte Prozeduren nach OPS	67
[1523].7	
B- OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	68
[1523].7.1	
B- Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	69
[1523].8	
B- Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	69
[1523].8.1	

B- [1523].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	70
B- [1523].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	71
B- [1523].11	Personelle Ausstattung	71
B- [1523].11.1	Ärzte und Ärztinnen	71
B- [1523].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	71
B- [1523].11.1.2	Zusatzweiterbildung	72
B- [1523].11.2	Pflegepersonal	72
B- [1523].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	72
B- [1523].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	73
B- [1523].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	73
B-[0103]	Kardiologie	74
B- [0103].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	74
B- [0103].1.1	Fachabteilungsschlüssel	75
B- [0103].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	75
B- [0103].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	76
B- [0103].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	76
B- [0103].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	77
B- [0103].6	Hauptdiagnosen nach ICD	77

B- Hauptdiagnosen 3-stellig [0103].6.1	78
B- Durchgeführte Prozeduren nach OPS [0103].7	79
B- OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe [0103].7.1	80
B- Ambulante Behandlungsmöglichkeiten [0103].8	81
B- Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) [0103].8.1	81
B- Ambulante Operationen nach § 115b SGB V [0103].9	82
B- Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe [0103].9.1	83
B- Personelle Ausstattung [0103].11	83
B- Ärzte und Ärztinnen [0103].11.1	83
B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung [0103].11.1.1	83
B- Pflegepersonal [0103].11.2	83
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte [0103].11.2.1 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	84
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation [0103].11.2.2	84
B-[0107] Gastroenterologie	86
B- Name der Organisationseinheit / Fachabteilung [0107].1	86
B- Fachabteilungsschlüssel [0107].1.1	86
B- Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes [0107].1.2	87
B- Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen [0107].2	87

B-	Medizinische Leistungsangebote der	.....	88
[0107].3	Organisationseinheit/Fachabteilung		
B-	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	88
[0107].5			
B-	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	89
[0107].6			
B-	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	90
[0107].6.1			
B-	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	90
[0107].7			
B-	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	92
[0107].7.1			
B-	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	93
[0107].8			
B-	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	93
[0107].8.1			
B-	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	.....	93
[0107].9			
B-	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	94
[0107].9.1			
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	95
[0107].10			
B-	Personelle Ausstattung	.....	95
[0107].11			
B-	Ärzte und Ärztinnen	.....	95
[0107].11.1			
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	95
[0107].11.1.1			
B-	Zusatzweiterbildung	.....	96
[0107].11.1.2			
B-	Pflegepersonal	.....	96
[0107].11.2			
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	.....	96
[0107].11.2	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	97

[0107].11.2.2

B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	.....	97
	[0107].11.3Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik		
B-[0190]	Geriatric	.....	98
B-	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	98
	[0190].1		
B-	Fachabteilungsschlüssel	.....	98
	[0190].1.1		
B-	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	.....	99
	[0190].1.2		
B-	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	99
	[0190].2		
B-	Medizinische Leistungsangebote der	.....	99
	[0190].3 Organisationseinheit/Fachabteilung		
B-	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	100
	[0190].5		
B-	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	100
	[0190].6		
B-	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	100
	[0190].6.1		
B-	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	101
	[0190].7		
B-	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	102
	[0190].7.1		
B-	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	103
	[0190].8		
B-	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	103
	[0190].8.1		
B-	Personelle Ausstattung	.....	103
	[0190].11		
B-	Ärzte und Ärztinnen	.....	103
	[0190].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	104
	[0190].11.1.1		
B-	Zusatzweiterbildung	.....	104

[0190].11.1.2

B- Pflegepersonal 104

[0190].11.2

B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte 105

[0190].11.2 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 105

[0190].11.2.2

B- Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in 105

[0190].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1500] Allgemein-, Viszeral-, und Gefäßchirurgie 106

B- Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 106

[1500].1

B- Fachabteilungsschlüssel 107

[1500].1.1

B- Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 107

[1500].1.2

B- Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 108

[1500].2

B- Medizinische Leistungsangebote der 108

[1500].3 Organisationseinheit/Fachabteilung

B- Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 109

[1500].5

B- Hauptdiagnosen nach ICD 109

[1500].6

B- Hauptdiagnosen 3-stellig 110

[1500].6.1

B- Durchgeführte Prozeduren nach OPS 111

[1500].7

B- OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 112

[1500].7.1

B- Kompetenzprozeduren 113

[1500].7.2

B- Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 113

[1500].8

B- Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 114

[1500].8.1		
B-	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	114
[1500].9		
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	116
[1500].10		
B-	Personelle Ausstattung	116
[1500].11		
B-	Ärzte und Ärztinnen	116
[1500].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	116
[1500].11.1.1		
B-	Zusatzweiterbildung	116
[1500].11.1.2		
B-	Pflegepersonal	116
[1500].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	117
[1500].11.2.1	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	117
[1500].11.2.2		
B-[2400]	Frauenklinik - Gynäkologie und Geburtshilfe	119
B-	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	119
[2400].1		
B-	Fachabteilungsschlüssel	120
[2400].1.1		
B-	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	120
[2400].1.2		
B-	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	121
[2400].2		
B-	Medizinische Leistungsangebote der	121
[2400].3	Organisationseinheit/Fachabteilung	
B-	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	122
[2400].5		
B-	Hauptdiagnosen nach ICD	122
[2400].6		
B-	Hauptdiagnosen 3-stellig	123

[2400].6.1		
B-	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	124
[2400].7		
B-	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	125
[2400].7.1		
B-	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	126
[2400].8		
B-	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	126
[2400].8.1		
B-	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	127
[2400].9		
B-	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	127
[2400].9.1		
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	128
[2400].10		
B-	Personelle Ausstattung	128
[2400].11		
B-	Ärzte und Ärztinnen	128
[2400].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	128
[2400].11.1.1		
B-	Pflegepersonal	128
[2400].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	129
[2400].11.2.1	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	129
[2400].11.2.2		
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	129
[2400].11.3	Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[3600]	Anästhesiologie und Intensivmedizin	130
B-	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	130
[3600].1		
B-	Fachabteilungsschlüssel	130
[3600].1.1		
B-	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	130

[3600].1.2

B- Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 131

[3600].2

B- Medizinische Leistungsangebote der 131

[3600].3 Organisationseinheit/Fachabteilung

B- Hauptdiagnosen 3-stellig 132

[3600].6.1

B- Kompetenzdiagnosen 132

[3600].6.2

B- OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 132

[3600].7.1

B- Kompetenzprozeduren 132

[3600].7.2

B- Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 132

[3600].8.1

B- Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 132

[3600].8.2

B- Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 132

[3600].10

B- Personelle Ausstattung 132

[3600].11

B- Ärzte und Ärztinnen 132

[3600].11.1

B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 132

[3600].11.1.1

B- Zusatzweiterbildung 132

[3600].11.1.2

B- Pflegepersonal 133

[3600].11.2

B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte 133

[3600].11.2 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 133

[3600].11.2.2

B-[3751] Radiologie 134

B- Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 134

[3751].1		
B-	Fachabteilungsschlüssel	134
[3751].1.1		
B-	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	134
[3751].1.2		
B-	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	135
[3751].2		
B-	Medizinische Leistungsangebote der	135
[3751].3	Organisationseinheit/Fachabteilung	
B-	Hauptdiagnosen 3-stellig	136
[3751].6.1		
B-	Kompetenzdiagnosen	136
[3751].6.2		
B-	Kompetenzprozeduren	136
[3751].7.2		
B-	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	136
[3751].8.1		
B-	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	136
[3751].8.2		
B-	Personelle Ausstattung	136
[3751].11		
B-	Ärzte und Ärztinnen	136
[3751].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	136
[3751].11.1.1		
B-	Zusatzweiterbildung	136
[3751].11.1.2		
B-	Pflegepersonal	136
[3751].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	137
[3751].11.2	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	137
[3751].11.2.2		
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in	137
[3751].11.3	Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	

Klinikum Crailsheim

B-[2600]	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	138
B- [2600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	138
B- [2600].1.1	Fachabteilungsschlüssel	138
B- [2600].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	138
B- [2600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	139
B- [2600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	139
B- [2600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	140
B- [2600].6	Hauptdiagnosen nach ICD	140
B- [2600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	140
B- [2600].6.2	Kompetenzdiagnosen	140
B- [2600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	140
B- [2600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	141
B- [2600].7.2	Kompetenzprozeduren	141
B- [2600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	141
B- [2600].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	141
B- [2600].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	141
B- [2600].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	141
B- [2600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	142

B-	Personelle Ausstattung	142
[2600].11		
B-	Ärzte und Ärztinnen	142
[2600].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	142
[2600].11.1.1		
B-	Zusatzweiterbildung	142
[2600].11.1.2		
B-	Pflegepersonal	142
[2600].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	142
[2600].11.2	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
C	Qualitätssicherung	144
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §	144
	137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	144
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	145
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	145
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	291
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei	291
	Nichterreichen der Mindestmenge	
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden	291
	Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	291
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach §	291
	136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	292
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	292
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	292

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Liebe Leserinnen und Leser,

das Klinikum Crailsheim ist ein Haus der Grund- und Regelversorgung mit 185 Planbetten. Das Klinikum verfügt über drei Abteilungen für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Magen-Darm-Erkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Akutgeriatrie, den chirurgischen Abteilungen Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie und Allgemein- Viszeral- und Gefäßchirurgie sowie eine Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe und eine Abteilung Radiologie. Außerdem arbeiten zwei Hals-Nasen-Ohren-Ärzte als Belegärzte im Krankenhaus. Als Querschnittabteilung ist die Anästhesie mit Intensivmedizin an allen Fachgebieten des Krankenhauses beteiligt.

Über 9.200 stationäre und knapp 22.000 ambulante Patientinnen und Patienten wurden im Jahr 2021 im Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum in Crailsheim behandelt und betreut. Seit dem Jahr 2012 arbeitet das Klinikum Crailsheim in enger Kooperation mit dem Diakoneo in Schwäbisch Hall zusammen.

Die Qualität der medizinischen Versorgung ist für uns von zentraler Bedeutung. Dabei stehen die individuelle Situation der Patientinnen und Patienten und deren Bedürfnisse im Mittelpunkt. Durch regelmäßige Fort- und Weiterbildungen und eine ständige Optimierung der Strukturen, Prozesse und Abläufe erreichen wir ein hohes Leistungsniveau. So können wir unseren Patientinnen und Patienten aktuelle Verfahren im Rahmen der Diagnostik, Therapie und Pflege bieten.

Ziel unseres Handelns ist eine wohnortnahe medizinische Versorgung auf hohem Niveau mit zufriedenen stationären und ambulanten Patientinnen und Patienten getreu unserem Leitspruch „Gut betreut – optimal versorgt im Klinikum Crailsheim“

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

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

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

Der Qualitätsbericht wurde mit Hilfe der Software von 3M erstellt und final bearbeitet am 27.10.2022.

Verantwortliche

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinische Prozessmanagerin
Titel, Vorname, Name	Carmen Stegmeier
Telefon	07951 490 120
Fax	07951 490 154
E-Mail	carmen.stegmeier@klinikum-crailsheim.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Werner Schmidt
Telefon	07951 490 101
Fax	07951 490 144
E-Mail	werner.schmidt@klinikum-crailsheim.de

Links

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



Teil A

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH
PLZ	74564
Ort	Crailsheim
Straße	Gartenstr.
Hausnummer	21
IK-Nummer	260811125
Standort-Nummer	772436000
Standort-Nummer alt	0
Telefon-Vorwahl	07951
Telefon	4900
E-Mail	info@klinikum-crailsheim.de
Krankenhaus-URL	http://www.klinikum-crailsheim.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Geschäftsführer

Titel, Vorname, Name

Werner Schmidt

Telefon

07951 490101

E-Mail

info@klinikum-crailsheim.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Prokurist, Klinischer Direktor

Titel, Vorname, Name

Thomas Grumann

Telefon

07951 490 101

Fax

07951 490 144

E-Mail

info@klinikum-crailsheim.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Ärztlicher Direktor

Titel, Vorname, Name

Dr. med. Jens Rossek

Telefon

07951 490 371

Fax

07951 490 373

E-Mail

info@klinikum-crailsheim.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Medizinischer Direktor

Titel, Vorname, Name

Prof. Dr. med. Alexander Bauer

Telefon

07951 490 215

Fax

07951 490 299

E-Mail

info@klinikum-crailsheim.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Pflegedienstleitung

Titel, Vorname, Name

Ulrike Bolte

Telefon

07951 490 136

Fax

07951 490 144

E-Mail

info@klinikum-crailsheim.de

Herr Dr. med. Jens Rossek ist der Ärztliche Direktor und Herr Prof. Dr. med. Alexander Bauer ist der Medizinische Direktor am Klinikum Crailsheim.

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus
 Krankenhaus-Art Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität
Universität Mannheim

Das Klinikum Crailsheim ist akademisches Lehrkrankenhaus seit 2022.

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrisches Krankenhaus Nein
 Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse z. B. Sturzpräventionskurse, Beckenbodenschule für Frauen und Männer
2	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik Rückenschule und Wirbelsäulengymnastik im Therapiezentrum
3	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
4	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
5	MP37 - Schmerztherapie/-management
6	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
7	MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
8	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
9	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
10	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
11	MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
12	MP04 - Atemgymnastik/-therapie
13	MP06 - Basale Stimulation
14	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
15	MP24 - Manuelle Lymphdrainage
16	MP25 - Massage
17	MP21 - Kinästhetik
18	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung Gruppen- und Einzeltherapie jeweils für Männer und Frauen durch Physiotherapeutin mit Weiterbildungsqualifikation "Inkontinenz"; Beratung und Information durch die Fachkraft für Kontinenz

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
19	MP57 - Biofeedback-Therapie
20	MP43 - Stillberatung Stillberatung für Schwangere, Stillberatung nach Entbindung, Stilltreff für Frauen nach der Entlassung
21	MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
22	MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien Kreißsaalführungen; Vortragsreihe der Elternschule; enge Zusammenarbeit mit der Hebammenpraxis Crailsheim (gemeinsamer Träger) z.B. Babymassage, Säuglingspflegekurs
23	MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen Die Beleghebammen bieten verschiedene spezielle Leistungsangebote an, z.B. Akupunktur und Anwendung von Naturheilkunde-Verfahren; Angebot einer Beleg-Begleit-Geburt (Kooperation mit einer Hausgeburtshebamme)
24	MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern Stilltreff (1x/Monat); Hebammenpraxis (Säuglingspflegekurs, Babymassage) --> Pandemiebedingt fanden die Kurse zum Teil online statt.
25	MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik Das Klinikum arbeitet eng mit der Hebammenpraxis Crailsheim zusammen, in welcher auch die Beleghebammen Geburtsvorbereitungskurse anbieten.
26	MP36 - Säuglingspflegekurse Kurse werden durch eine der Beleghebammen in der Hebammenpraxis angeboten.
27	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung Eine individuelle Diät- und Ernährungsberatung erfolgt im Rahmen eines stationären Aufenthaltes auf Anfrage durch die Diätassistenten
28	MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen diabetesversierte Pflegekräfte
29	MP53 - Aromapflege/-therapie Aromatherapie und Aromapflege wird auf der Geriatrie umgesetzt
30	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare individuelle Beratung bei Bedarf, Aufklärung zu bestimmten Krankheitsbildern z.B. im Rahmen der Klinikgespräche, welche pandemiebedingt jedoch teilweise ausfallen mussten im Jahr 2020
31	MP63 - Sozialdienst
32	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
33	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
34	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
35	MP51 - Wundmanagement Wundmanagement durch ausgebildete Wundexperten im Rahmen einer Wundvisite
36	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit Klinikgespräche: monatliche Informationsveranstaltungen zu verschiedenen Themen durch Chef- oder Oberärzte; jährliche Teilnahme an der Gesundheitsmesse Vita Well; Vortragsreihe der Elternschule --> Pandemiebedingt konnte im Jahr 2020 leider einige Veranstaltungen nicht stattfinden.
37	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen Rheumaliga; ILCO-Gruppe (Selbsthilfeorganisation für Menschen mit künstlichen Darmausgang oder künstlicher Harnableitung und Menschen mit Darmkrebs); Selbsthilfegruppe "Schlaganfall und Aphasie"; Hospizgruppe; Diabetesgruppe; Krebsverein Schwäbisch Hall e.V.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle Altbau Geriatrie: 87,04€/Tag Altbau Gynäkologie: 63,04€/Tag Neubau : 70,51 €/Tag
2	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle Altbau Geriatrie: 46,65€/Tag Altbau Gynäkologie: 25,61€/Tag Neubau: 35,23 €/Tag
3	NM07: Rooming-in Das Rooming-In ist in der Abteilung Geburtshilfe selbstverständlich.
4	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
5	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen Infomationsveranstaltungen "Klinikgespräche" (Einmal im Monat), Vortragsreihe durch Elternschule, -->pandemiebedingt mussten einige Veranstaltungen abgesagt werden
6	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) TV mit Radio - im Neubau in allen Zimmern verfügbar. Radio und KIK kostenfrei, weitere Sender gegen Gebühr. WLAN: gegen Gebühr verfügbar Tresor: in den Wahlleistungszimmern vorhanden. Telefon: in allen Zimmern vorhanden, Nutzung gegen Gebühr.
7	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung Regelmäßige Patientenbesuche durch den Krankenhaus-Seelsorger. Dieser kann bei Bedarf auch separat angefordert werden.
8	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
9	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen z.B. Krebsverein Schwäbisch Hall, ILCO, Diabetesgruppe
10	NM40: Empfangs- und Begleitedienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Empfangs- und Begleitedienst nicht durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sondern durch Hol- und Bringediens
11	NM68: Abschiedsraum Abschiedsraum auf Ebene 3 im Neubau.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiter Technische Abteilung
Titel, Vorname, Name	Heinrich Lomb
Telefon	07951 490 500
Fax	07951 490 144
E-Mail	heinrich.lomb@klinikum-crailsheim.de

Im Jahr 2021 war Herr Lomb Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen.

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
2	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
3	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
4	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
5	BF11 - Besondere personelle Unterstützung
6	BF14 - Arbeit mit Piktogrammen
7	BF15 - Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung insbesondere in der Abteilung Geriatrie
8	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
9	BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
10	BF01 - Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift Im Bauteil N wurden alle patientenrelevanten Räumlichkeiten sowie die Treppenhäuser mit einer tastbaren Beschriftung ausgestattet.
11	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
12	BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
13	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
14	BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung Mitarbeiter der Geriatrie: ZERCUR Weiterbildung
15	BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
16	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
17	BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung
18	BF23 - Allergenarme Zimmer
19	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
20	BF24 - Diätetische Angebote
21	BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

#	Aspekte der Barrierefreiheit
22	BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
23	BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige
24	BF25 - Dolmetscherdienst Dolmetscherliste auf welcher die Sprachkenntnisse der Mitarbeiter zu Dolmetscherzwecken aufgeführt sind.
25	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal Entsprechend den Sprachkenntnissen der Mitarbeiter.

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin 3 Jahre in Vollzeit oder 4 Jahre in Teilzeit
2	HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) in Kooperation mit dem Diakoneo Schwäbisch Hall
3	HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin in Kooperation mit dem Diakoneo Schwäbisch Hall. Theoretische Ausbildung in SHA, praktische Ausbildung in Crailsheim.
4	HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin praktische Ausbildung in Zusammenarbeit mit BK Waldenburg
5	HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 185

165 Planbetten im Berichtsjahr 2019

185 Planbetten seit 01.04.2020

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	9261
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	21789
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte				
Gesamt				65,99
Beschäftigungsverhältnis	Mit	65,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	29,49	Stationär	36,5
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt				38
Beschäftigungsverhältnis	Mit	38	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	14,05	Stationär	23,95
Belegärztinnen und Belegärzte				
Gesamt				2
Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind				
Gesamt				0,5 ¹⁾
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5
1) Neurologe für alle Fachabteilungen verfügbar				
- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind				
Gesamt				0,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

Gesamt 167,94

Beschäftigungsverhältnis **Mit** 166,06 **Ohne** 1,88

Versorgungsform **Ambulant** 24,28 **Stationär** 143,66

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt 35,06

Beschäftigungsverhältnis **Mit** 34,88 **Ohne** 0,18

Versorgungsform **Ambulant** 19,38 **Stationär** 15,68

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

Gesamt 5,95

Beschäftigungsverhältnis **Mit** 5,95 **Ohne** 0

Versorgungsform **Ambulant** 0,88 **Stationär** 5,07

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt 0,73

Beschäftigungsverhältnis **Mit** 0,73 **Ohne** 0

Versorgungsform **Ambulant** 0,48 **Stationär** 0,25

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt 3,8

Beschäftigungsverhältnis **Mit** 3,8 **Ohne** 0

Versorgungsform **Ambulant** 0,35 **Stationär** 3,45

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt 1

Beschäftigungsverhältnis **Mit** 1 **Ohne** 0

Versorgungsform **Ambulant** 0,35 **Stationär** 0,65

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt 7,58

Beschäftigungsverhältnis **Mit** 7,58 **Ohne** 0

Versorgungsform **Ambulant** 0 **Stationär** 7,58

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt 5,2

Beschäftigungsverhältnis **Mit** 5,2 **Ohne** 0

Versorgungsform **Ambulant** 0 **Stationär** 5,2

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	0,9

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

Gesamt				7
--------	--	--	--	---

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

Gesamt				3,74
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,36	Stationär	2,38

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				2,74
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,96	Stationär	1,78

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				5,38
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,38	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,98	Stationär	4,4

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				1,54
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,54	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,35	Stationär	1,19

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

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0,5
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	0,5

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt				0,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Gesamt				1,82
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,82	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,82

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				1,78
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0,78
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,78

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

SP20 - Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer

Gesamt				3,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,6

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				6,97
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,88	Ohne	0,09
Versorgungsform	Ambulant	2,17	Stationär	4,8

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				0,27
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,27

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Gesamt				1,9
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,9

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				2,12
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,12

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Gesamt				0,82
--------	--	--	--	------

Klinikum Crailsheim

Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,82	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,82

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				3,7
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,5	Stationär	2,2

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

Gesamt				4,64
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,64

SP14 - Logopädin und Logopäd/Klinischer Linguistin und Klinische Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0	Ohne	1
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Das klinikeigene Therapiezentrum wird personell in Kooperation vom Zentrum Mensch unterstützt:

- Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen
- Logopäden und Logopädinnen
- Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinische Prozessmanagerin
Titel, Vorname, Name	Dipl. Betriebsw. (DH) Carmen Stegmeier
Telefon	07951 490 120
Fax	07951 490 154
E-Mail	carmen.stegmeier@klinikum-crailsheim.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Wenn ja

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

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

Im Jahr 2016 begann die Umsetzung eines strukturierten Risikomanagements:

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

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

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM04: Klinisches Notfallmanagement
2	RM05: Schmerzmanagement
3	RM06: Sturzprophylaxe

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
4	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
5	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
6	RM18: Entlassungsmanagement
7	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
8	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
9	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
10	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
11	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
12	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
13	RM03: Mitarbeiterbefragungen

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Qualitätszirkel
- Andere: Antibiotikavisite, Lenkungsreis Risikomanagement

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: jährlich
2	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: monatlich
3	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 08.07.2019

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums halbjährlich

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit

Visitenstandard inkl. Überprüfung der Medikation, Erstellung diverser Verfahrensanweisungen im Bezug auf die Covid-19 Pandemie (Testung, Besucherregelungen,...), bauliche Maßnahmen (z.B. Installation von Lichtquellen, Zugangsberechtigungen, interne Schulungen z.B. Thema Notfallalarmierung

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

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem Ja

Genutzte Systeme

#	Bezeichnung
1	EF14: CIRS Health Care

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

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

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums halbjährlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen) 1

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 4

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 1

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 12

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission halbjährlich

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Klinikhygieniker

Titel, Vorname, Name Dr. med. J. Völker

E-Mail info@klinikum-crailsheim.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

Der Standard (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

#	Option	Auswahl
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	Ja

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

#	Option	Auswahl
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgmeinstationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgmeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgmeinstationen (Einheit: ml/Patiententag) 31

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 91

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Ja

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	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

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)
1	Teilnahme ASH: Zertifikat Bronze Klinikweite Umsetzung der Aktion "Saubere Hände".
2	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
3	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
4	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen

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

- CDAD-KISS
- HAND-KISS
- DAS-KISS
- OP-KISS
- SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

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

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinische Prozessmanagerin
Titel, Vorname, Name	Carmen Stegmeier
Telefon	07951 490 120
Fax	07951 490 154
E-Mail	carmen.stegmeier@klinikum-crailsheim.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums	Arzneimittelkommission
------------------	------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS
-----------------------------------------------	----------------------------------

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Apotheker im Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall
Titel, Vorname, Name	Herr Martin Scheerer
Telefon	0791 753 4720
Fax	0791 753 4902
E-Mail	Martin.scheerer@diakonoe.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Erläuterungen	Pharmazeutisches Personal bzw. Dienstleistungen werden im Rahmen einer Dienstleistungsvereinbarung über das Diakoneo SHA bezogen.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS02: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
3	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
4	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
5	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
6	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
7	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
8	AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
9	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
10	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

Zu AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
- Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe)

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
- andere Maßnahme: internes CIRS

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung
2	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Nein Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder
3	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich Röntengerät für die weibliche Brustdrüse
4	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck
5	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen
6	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja Geräte für Nierenersatzverfahren
7	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja Gerät zur Gefäßdarstellung
8	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	Ja Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)
9	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich Harnflussmessung
10	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik
11	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Nein Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße

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

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Stufen der Notfallversorgung

Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1

Umstand

Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe gemäß Abschnitt III - V der Regelungen zu den Notfallstrukturen des G-BA.

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde. Ja

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V

in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden. Nein

Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.



Teil B

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1516].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Orthopädie und Unfallchirurgie, Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jens Rossek
Telefon	07951 371
Fax	07951 302
E-Mail	orthopaedie@klinikum-crailsheim.de
Strasse	Gartenstraße
Hausnummer	21
PLZ	74564
Ort	Crailsheim
URL	http://www.klinikum-crailsheim.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sektionsleitung Unfallchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Rinat Klein
Telefon	07951 490 301
Fax	07951 490 302
E-Mail	chirurgie@klinikum-crailsheim.de
Strasse	Gartenstraße
Hausnummer	21
PLZ	74564
Ort	Crailsheim
URL	http://www.klinikum-crailsheim.de



Dr. Jens Rossek



Dr. Rinat Klein

B-[1516].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

Erläuterungen

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

B-[1516].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC58 - Spezialsprechstunde
2	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
3	VC71 - Notfallmedizin
4	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
5	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
6	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
7	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
8	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
9	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
10	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
11	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
12	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
13	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
14	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
15	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
16	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
17	VC63 - Amputationschirurgie
18	VO15 - Fußchirurgie
19	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
20	VO16 - Handchirurgie
21	VD20 - Wundheilungsstörungen
22	VC66 - Arthroskopische Operationen
23	VC30 - Septische Knochenchirurgie
24	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes

#	Medizinische Leistungsangebote
25	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
26	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
27	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
28	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
29	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax

B-[1516].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1371
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1516].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S06.0	Gehirnerschütterung	247
2	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	148
3	S20.2	Prellung des Thorax	53
4	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	36
5	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	25
6	S22.42	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen	23
7	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	23
8	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	21
9	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	19
10	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	19
11	S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert	18
12	S70.0	Prellung der Hüfte	18
13	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	18
14	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	17
15	S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	17
16	L03.10	Phlegmone an der oberen Extremität	16
17	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	16
18	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	15
19	M70.2	Bursitis olecrani	14
20	S82.0	Fraktur der Patella	14
21	S22.43	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen	14
22	S22.32	Fraktur einer sonstigen Rippe	14
23	S82.82	Trimalleolarfraktur	13
24	S76.1	Verletzung des Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris	13
25	S82.31	Distale Fraktur der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)	12
26	A46	Erysipel [Wundrose]	12
27	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	11
28	S70.1	Prellung des Oberschenkels	11

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
29	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	11
30	S32.02	Fraktur eines Lendenwirbels: L2	11

B-[1516].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	268
2	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	150
3	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	107
4	S52	Fraktur des Unterarmes	91
5	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	87
6	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	81
7	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	73
8	S72	Fraktur des Femurs	63
9	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	53
10	L03	Phlegmone	41
11	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	29
12	S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	25
13	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	21
14	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	20
15	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	17
16	M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	16
17	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	15
18	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	15
19	S76	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels	13
20	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	12
21	A46	Erysipel [Wundrose]	12
22	S81	Offene Wunde des Unterschenkels	11
23	S12	Fraktur im Bereich des Halses	10
24	S39	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	9
25	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	8
26	S51	Offene Wunde des Unterarmes	7
27	J93	Pneumothorax	7
28	M54	Rückenschmerzen	7
29	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	6
30	S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	5

B-[1516].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	671
2	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	349
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	199
4	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	131
5	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	124
6	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	112
7	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	107
8	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	105
9	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	94
10	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	90
11	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	90
12	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	65
13	3-206	Native Computertomographie des Beckens	58
14	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	54
15	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	48
16	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	39
17	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	37
18	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	36
19	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	36
20	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	33
21	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	33
22	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	31
23	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe	29
24	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	26
25	5-850.d3	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Unterarm	25
26	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	23

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
27	5-794.2r	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal	22
28	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	22
29	5-793.3r	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal	19
30	5-859.12	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberarm und Ellenbogen	19

B-[1516].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	671
2	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	349
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	258
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	199
5	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	188
6	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	180
7	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	127
8	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	124
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	112
10	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	107
11	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	105
12	5-916	Temporäre Weichteildeckung	98
13	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	94
14	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	90
15	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	90
16	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	78
17	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	62
18	3-206	Native Computertomographie des Beckens	58
19	8-190	Spezielle Verbandstechniken	56
20	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	56
21	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	56
22	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	54
23	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	42
24	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	38
25	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	37
26	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	33
27	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	30

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
28	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	30
29	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	28
30	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	26

B-[1516].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notaufnahme
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	chirurgische Ambulanz
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	
4	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	D-Arzt Ambulanz und D-Arzt-Sprechstunde

B-[1516].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	chirurgische Ambulanz	VC63 - Amputationschirurgie
2	chirurgische Ambulanz	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
3	chirurgische Ambulanz	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
4	chirurgische Ambulanz	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
5	chirurgische Ambulanz	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
6	chirurgische Ambulanz	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
7	chirurgische Ambulanz	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
8	chirurgische Ambulanz	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
9	chirurgische Ambulanz	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
10	chirurgische Ambulanz	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
11	chirurgische Ambulanz	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
12	chirurgische Ambulanz	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
13	chirurgische Ambulanz	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
14	chirurgische Ambulanz	VO15 - Fußchirurgie
15	chirurgische Ambulanz	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
16	chirurgische Ambulanz	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen

#	Ambulanz	Leistung
17	D-Arzt Ambulanz und D-Arzt-Sprechstunde	VC66 - Arthroskopische Operationen
18	D-Arzt Ambulanz und D-Arzt-Sprechstunde	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
19	D-Arzt Ambulanz und D-Arzt-Sprechstunde	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
20	D-Arzt Ambulanz und D-Arzt-Sprechstunde	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
21	D-Arzt Ambulanz und D-Arzt-Sprechstunde	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
22	D-Arzt Ambulanz und D-Arzt-Sprechstunde	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
23	D-Arzt Ambulanz und D-Arzt-Sprechstunde	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
24	D-Arzt Ambulanz und D-Arzt-Sprechstunde	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
25	D-Arzt Ambulanz und D-Arzt-Sprechstunde	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
26	D-Arzt Ambulanz und D-Arzt-Sprechstunde	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
27	D-Arzt Ambulanz und D-Arzt-Sprechstunde	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
28	D-Arzt Ambulanz und D-Arzt-Sprechstunde	VO16 - Handchirurgie
29	D-Arzt Ambulanz und D-Arzt-Sprechstunde	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
30	D-Arzt Ambulanz und D-Arzt-Sprechstunde	VC71 - Notfallmedizin
31	D-Arzt Ambulanz und D-Arzt-Sprechstunde	VC58 - Spezialsprechstunde
32	Notaufnahme	VA00 - („Sonstiges“)
33	Notaufnahme	VC66 - Arthroskopische Operationen
34	Notaufnahme	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
35	Notaufnahme	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
36	Notaufnahme	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
37	Notaufnahme	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
38	Notaufnahme	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
39	Notaufnahme	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
40	Notaufnahme	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
41	Notaufnahme	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels

#	Ambulanz	Leistung
42	Notaufnahme	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
43	Notaufnahme	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
44	Notaufnahme	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
45	Notaufnahme	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
46	Notaufnahme	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
47	Notaufnahme	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
48	Notaufnahme	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
49	Notaufnahme	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
50	Notaufnahme	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
51	Notaufnahme	VO15 - Fußchirurgie
52	Notaufnahme	VO16 - Handchirurgie
53	Notaufnahme	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
54	Notaufnahme	VC71 - Notfallmedizin
55	Notaufnahme	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie

B-[1516].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	388
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	251
3	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	208
4	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	122
5	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	73
6	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	23
7	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	23
8	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	21
9	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	21
10	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	20
11	8-201.0	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humeroglenoidalgelenk	19
12	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	17
13	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	17
14	5-840.64	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Strecksehnen Langfinger	14
15	5-787.05	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radiuschaft	14
16	5-787.k6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	12
17	5-849.0	Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions	12

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
18	5-787.k0	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula	11
19	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	11
20	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	11
21	5-787.06	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal	9
22	8-900	Intravenöse Anästhesie	7
23	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	7
24	3-206	Native Computertomographie des Beckens	6
25	5-859.12	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberarm und Ellenbogen	6
26	5-841.14	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	6
27	5-849.1	Andere Operationen an der Hand: Temporäre Fixation eines Gelenkes	5
28	5-841.15	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	5
29	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	5
30	5-840.44	Operationen an Sehnen der Hand: Debridement: Strecksehnen Langfinger	5

B-[1516].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	388
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	251
3	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	208
4	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	176
5	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	122
6	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	73
7	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	38
8	5-841	Operationen an Bändern der Hand	25
9	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	24
10	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	24
11	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	21
12	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	21
13	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	20
14	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	20
15	5-849	Andere Operationen an der Hand	18
16	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	17
17	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	11
18	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	11
19	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	10
20	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	10
21	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	9
22	8-900	Intravenöse Anästhesie	7

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
23	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	7
24	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	6
25	3-206	Native Computertomographie des Beckens	6
26	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	6
27	5-844	Operation an Gelenken der Hand	6
28	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	5
29	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	5
30	5-916	Temporäre Weichteildeckung	5

B-[1516].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Ja
Stationäre BG-Zulassung	Ja

B-[1516].11 Personelle Ausstattung

B-[1516].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten			40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte			
Gesamt		8,96	Fälle je VK/Person 223,289917
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,96	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	2,82	Stationär 6,14
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt		3,54	Fälle je VK/Person 774,5763
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,54	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	1,77	Stationär 1,77

B-[1516].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie
3	AQ13 - Viszeralchirurgie

B-[1516].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –
3	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie

#	Zusatz-Weiterbildung
4	ZF44 - Sportmedizin

B-[1516].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

Gesamt		10,98	Fälle je VK/Person	124,863388
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,93	Ohne	0,05
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,98

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

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	2742
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,25	Fälle je VK/Person	5484
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,25

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,98	Fälle je VK/Person	692,424255
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,98	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,98

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,25	Fälle je VK/Person	5484
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,25

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,09	Fälle je VK/Person	15233,333
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,09

B-[1516].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
3	PQ20 - Praxisanleitung

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
4	PQ21 - Casemanagement abteilungsübergreifend im Kliniksozialdienst vorhanden
5	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
6	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
7	PQ12 - Notfallpflege
8	PQ01 - Bachelor

B-[1516].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP16 - Wundmanagement
3	ZP08 - Kinästhetik
4	ZP03 - Diabetes Diabetesberatung
5	ZP20 - Palliative Care

B-[1516].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1523] Orthopädie und Endoprothetik

B-[1523].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Orthopädie und Endoprothetik

Die Behandlung von Fehlbildungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates ist am Klinikum Crailsheim seit Mai 2011 in der Abteilung

für Orthopädie, Endoprothetik und Gelenkchirurgie angesiedelt.

Chefarzt Dr. med. Jens Rossek hat sein medizinisches Handwerk an hervorragenden Kliniken von Grund auf gelernt. Durch seine

langjährige Tätigkeit in einer Rheumaorthopädie deckt er ein Fachgebiet ab, das in der gesamten Region lange unterversorgt war.

Ein Schwerpunkt der Abteilung liegt in der Implantation von Endoprothesen. Zum Leistungsspektrum gehören endoprothetische, also

Gelenkersatz-Operationen an Hüfte, Knie und Schulter. Operiert wird muskelschonend (minimal-invasiv) mit kleinen Hautschnitten.

Angewandt wird eine Methode, die Bänder und Weichteile ausbalanciert und eine sehr korrekte Prothesenausrichtung erlaubt. So wird eine

gute und stabile Führung beim Beugen und Strecken erhalten. Bei Hüftgelenk-OP's wird auf moderne, abriebarme Prothesen Wert gelegt.

Die Qualität unserer Verfahren wurde durch ein externes Auditorenteam im Rahmen der Zertifizierung zum EndoProthetikZentrum bestätigt.

Das weitere Spezialgebiet von Herrn Dr. Rossek sind sportorthopädische Krankheitsbilder und deren operative Versorgung. "Ziel jeder

Behandlung und Operation ist es, möglichst viel Beweglichkeit und damit Lebensqualität zurückzugewinnen", ist sein therapeutischer

Ansatz. Erst wenn medikamentöse und andere nicht-operative Verfahren kaum noch weiterhelfen wird eine Operation ins Auge gefasst. Ein

jeder Eingriff wird sehr individuell abgestimmt und mit der Patientin bzw. dem Patienten erörtert.

Bereits im Klinikum werden alle Therapien direkt postoperativ

eingeleitet, die schnellstmöglich zu einem hohen Maß an Beweglichkeit und Selbständigkeit führen.

Seit Ende 2021 bietet Herr Dr. Singh, der Leitende Oberarzt, Wirbelsäulen-OP's an. Mit ihm konnte ein wichtiger Baustein der operativen Orthopädie dazugewonnen werden.

Im Einzelnen werden behandelt:

- o Hüftgelenksarthrose (Coxarthrose)
- o Hüftkopfnekrose
- o Kniegelenksarthrose (Gonarthrose)
- o Risse des vorderen Kreuzbandes
- o Meniskusverletzungen
- o Knorpelverletzungen / Knorpelerkrankungen
- o Schulter-Engpass-Syndrom (Impingement-Syndrom)
- o Schleimbeutelentzündung (Bursitis)

- o Kalkschulter (Tendinosis calcarea)
- o Schulterinstabilität (Luxation)
- o Rotatorenmanschettenruptur
- o Schultersteife
- o Arthrose des Schulterergelenkes (AC-Gelenksarthrose)
- o Arthrose des Schultergelenkes (Omarthrose)
- o Arthrose im Sprunggelenk
- o Hallux valgus
- o Hallux rigidus
- o Krallenzehe
- o Hammerzehe
- o Schneiderballen (Kleinzehenballen, Bunionette)
- o Metatarsalgie
- o Bandscheiben-OP's
- o Versteifungen der Wirbelsäule
- o Dekomprimierungs-OP's an der Wirbelsäule
- o Wirbelkörperersatz
- o Bandscheibenersatz
- o Wirbelkörperverstärkung (Kyphoplastie)

B-[1523].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1600 - Unfallchirurgie
2	1523 - Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
3	2315 - Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
4	2300 - Orthopädie

B-[1523].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jens Rossek
Telefon	07951 490 371
Fax	07951 490 373
E-Mail	info@klinikum-crailsheim.de
Strasse	Gartenstr.
Hausnummer	21
PLZ	74564
Ort	Crailsheim
URL	http://www.klinikum-crailsheim.de



Dr. Jens Rossek

B-[1523].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

Erläuterungen

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

B-[1523].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VO14 - Endoprothetik
2	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
3	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen Arthroskopie
4	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
5	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
6	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
7	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
8	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
9	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
10	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
11	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
12	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
13	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
14	VO15 - Fußchirurgie

#	Medizinische Leistungsangebote
15	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens akute Rückenschmerzen

B-[1523].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	565
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1523].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	129
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	117
3	M54.4	Lumboischialgie	63
4	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	29
5	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	20
6	M54.5	Kreuzschmerz	18
7	M20.1	Hallux valgus (erworben)	14
8	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	13
9	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	12
10	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	11
11	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	8
12	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	6
13	M25.56	Gelenkschmerz: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	6
14	S83.2	Meniskusriss, akut	6
15	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	5
16	M20.2	Hallux rigidus	5
17	M23.22	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Innenmeniskus	5
18	M25.55	Gelenkschmerz: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	5
19	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	4

B-[1523].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	146
2	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	133
3	M54	Rückenschmerzen	87
4	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	38
5	M75	Schulterläsionen	22
6	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	21

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
7	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	17
8	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	12
9	S72	Fraktur des Femurs	9
10	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	8
11	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	8
12	M48	Sonstige Spondylopathien	8
13	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	8
14	M19	Sonstige Arthrose	6

B-[1523].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	121
2	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	85
3	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	77
4	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	31
5	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)	25
6	5-822.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert	22
7	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	22
8	5-805.7	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Naht	19
9	3-200	Native Computertomographie des Schädels	16
10	5-805.6	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Akromioplastik mit Durchtrennung des Ligamentum coracoacromiale	16
11	5-811.20	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Humero Glenoidalgelenk	16
12	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	15
13	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	15
14	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	15
15	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	14
16	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	14

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
17	5-788.00	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale I	13
18	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	13
19	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	10
20	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	9
21	8-201.g	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Hüftgelenk	9
22	5-788.5e	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, mehrdimensionale Osteotomie	9
23	5-820.20	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Nicht zementiert	8
24	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	7
25	5-788.40	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 1. Zehenstrahles	7
26	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	7
27	5-822.h1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Zementiert	7
28	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	6
29	5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne	6
30	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe	6

B-[1523].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	158
2	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	133
3	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	77
4	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	42
5	5-805	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	35
6	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	31
7	5-786	Osteosyntheseverfahren	27
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	22
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	22
10	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	20
11	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	17
12	3-200	Native Computertomographie des Schädels	16
13	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	14
14	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	13

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
15	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	10
16	5-808	Offen chirurgische Arthrorese	10
17	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	9
18	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	9
19	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	9
20	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	8
21	8-020	Therapeutische Injektion	7
22	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	6
23	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	6
24	5-821	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	6
25	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	6
26	5-86a	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen	6
27	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	6
28	3-206	Native Computertomographie des Beckens	5
29	5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	5
30	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	5

B-[1523].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Sprechstunde Orthopädie und Sportmedizin

B-[1523].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Sprechstunde Orthopädie und Sportmedizin	VC66 - Arthroskopische Operationen
2	Sprechstunde Orthopädie und Sportmedizin	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
3	Sprechstunde Orthopädie und Sportmedizin	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
4	Sprechstunde Orthopädie und Sportmedizin	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
5	Sprechstunde Orthopädie und Sportmedizin	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
6	Sprechstunde Orthopädie und Sportmedizin	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
7	Sprechstunde Orthopädie und Sportmedizin	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien

#	Ambulanz	Leistung
8	Sprechstunde Orthopädie und Sportmedizin	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
9	Sprechstunde Orthopädie und Sportmedizin	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
10	Sprechstunde Orthopädie und Sportmedizin	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
11	Sprechstunde Orthopädie und Sportmedizin	VO14 - Endoprothetik
12	Sprechstunde Orthopädie und Sportmedizin	VO15 - Fußchirurgie
13	Sprechstunde Orthopädie und Sportmedizin	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
14	Sprechstunde Orthopädie und Sportmedizin	VO19 - Schulterchirurgie
15	Sprechstunde Orthopädie und Sportmedizin	VO13 - Spezialsprechstunde
16	Sprechstunde Orthopädie und Sportmedizin	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie

B-[1523].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	149
2	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	67
3	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	34
4	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	12
5	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	11
6	1-697.7	Diagnostische Arthroskopie: Kniegelenk	9
7	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	9
8	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	9
9	5-812.0h	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Kniegelenk	8
10	5-782.b0	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Klavikula	7
11	5-788.00	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale I	6
12	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	6
13	5-788.5e	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, mehrdimensionale Osteotomie	5
14	3-206	Native Computertomographie des Beckens	5

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
15	5-788.40	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 1. Zehenstrahles	4

B-[1523].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	163
2	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	67
3	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	34
4	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	28
5	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	19
6	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	12
7	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	9
8	1-697	Diagnostische Arthroskopie	9
9	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	9
10	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	6
11	3-206	Native Computertomographie des Beckens	5
12	5-786	Osteosyntheseverfahren	5

B-[1523].11 Personelle Ausstattung

B-[1523].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten			40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte			
Gesamt		5,92	Fälle je VK/Person 151,881714
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,92	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	2,2	Stationär 3,72
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt		3,67	Fälle je VK/Person 230,612244
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,67	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	1,22	Stationär 2,45

B-[1523].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	AQ13 - Viszeralchirurgie
3	AQ06 - Allgemein Chirurgie

B-[1523].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF44 - Sportmedizin
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie

B-[1523].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

Gesamt		6,82	Fälle je VK/Person	82,84457
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,82	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,82

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

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	1130
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,26	Fälle je VK/Person	448,4127
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,26	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,26

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,37	Fälle je VK/Person	1527,027
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,37

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,01	Fälle je VK/Person	56500
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,01

B-[1523].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ21 - Casemanagement abteilungsübergreifend im Kliniksozialdienst vorhanden
6	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[1523].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 - Kinästhetik
2	ZP01 - Basale Stimulation
3	ZP16 - Wundmanagement
4	ZP03 - Diabetes

B-[1523].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0103] Kardiologie

B-[0103].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Kardiologie

Der Chefarzt der Kardiologie und Rhythmologie Prof. Dr. med Alexander Bauer ist ein erfahrener interventioneller Kardiologe und Rhythmologe.

Die Sektion Kardiomyopathien und kardiale Bildgebung wird durch Frau Dr. med. Barbara Pfeiffer vertreten. Der Abteilung zugeordnet sind fünf Oberärztinnen und -ärzte mit dem Schwerpunkt "Kardiologie".

Die Schwerpunkte der Inneren Medizin I sind Herzkreislauf- und Gefäßerkrankungen, Herzrhythmusstörungen und Kardiomyopathien. Zur Diagnostik der Herz- und Gefäßerkrankungen stehen zahlreiche Untersuchungsmethoden wie z. B. 2 Linksherzkatheterlabore, Herzultraschall-Untersuchungen, Stress-Echokardiographie, transösophageale Echokardiographie (Schluckecho), Kardio-MRT (in Zusammenarbeit mit Praxis Prof. Dr. Tomczak), Langzeitmessgeräte (Langzeit-EKG, auch 4-Wochen-Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruck, externe Ereignisrekorder), Farbdoppler-Ultraschallgeräte für die Gefäßdiagnostik usw. zur Verfügung.

Besteht eine Verengung der Herzkranzgefäße, wird die dann notwendige Herzkatheteruntersuchung mit Ballondilatation und möglicher Stenteinlage durchgeführt. Zur Unterstützung, insbesondere bei kardiogenem Schock, steht das Impella Herunterstützungssystem zur Verfügung. Zur Beurteilung der Koronararterien werden Druckdrahtuntersuchungen (FFR) und optische Kohärenztomographien (OCT) eingesetzt.

Ein weiterer Schwerpunkt der Abteilung stellt die Behandlung von Herzrhythmusstörungen dar. Es erfolgt die Diagnostik und Therapie aller Arten von Herzrhythmusstörungen (insbesondere Vorhofflimmern). Es werden Ablationen von ventrikulären, wie auch supraventrikulären Tachykardien (inklusive Pulmonalvenenisolation) durchgeführt. Ein kardiales Mappingsystem (NAVX Precision) steht ebenfalls zur Verfügung. Ferner werden Herzschrittmacher, Aggregate zur kardialen Resynchronisationstherapie, CCM-Aggregate (cardiac contractility modulation), subkutane/ transvenöse Defibrillatoren und Ereignisrekorder implantiert. Es stehen Programmiergeräte zur Überprüfung aller gängigen Aggregate (Medtronic, Sorin (Microport), Boston Scientific, St. Jude, Impulse Dynamics und Biotronik) zur Verfügung.

Ein weiterer Schwerpunkt stellt die Diagnostik und Therapie von Kardiomyopathien dar. Frau Dr. Pfeiffer ist eine der wenigen Experten auf diesem Gebiet. Im Klinikum Crailsheim werden auch PTSMAs (Septumablationen) und Myokardbiopsien (Entnahme von Herzgewebeproben) durchgeführt. Es besteht eine Spezialambulanz für Kardiomyopathien (Arrhythmogene ventrikuläre Kardiomyopathie, Hypertrophische Kardiomyopathie, Amyloidose, ischämische und nicht ischämische Kardiomyopathien).

Ein weiterer Schwerpunkt stellt die Diagnostik und Therapie des Bluthochdruckes dar. Prof. Bauer und Dr. Pfeiffer sind als Hypertensiologen zertifiziert.

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

Untersuchungen durch unsere niedergelassenen Neurologen.

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

Bei persistierendem Foramen ovale (Loch in der Vorhofscheidewand) und kryptogenem Schlaganfall führen wir Vorhofseptumokkluder-Implantationen durch.

Auf der Intensivstation können alle lebensbedrohlichen kardiologischen Krankheitsbilder behandelt werden (z. B. Herzinfarkt, schwere Herzschwäche, bedrohliche Herzrhythmusstörungen).

Dazu verfügt die Intensivstation über alle notwendigen Überwachungsgeräte (Monitoring)

B-[0103].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0300 - Kardiologie
2	0103 - Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie

B-[0103].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Alexander Bauer
Telefon	07951 490 215
Fax	07951 490 299
E-Mail	info@klinikum-crailsheim.de
Strasse	Gartenstr.
Hausnummer	21
PLZ	74564
Ort	Crailsheim
URL	http://www.klinikum-crailsheim.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sektionsleitung Kardiomyopathie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Barbara Pfeiffer
Telefon	07951 490 215
Fax	07951 490 299
E-Mail	info@klinikum-crailsheim.de
Strasse	Gartenstr.
Hausnummer	21
PLZ	74564
Ort	Crailsheim
URL	http://www.klinikum-crailsheim.de



Prof. Dr. Bauer



Dr. Pfeiffer

B-[0103].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

Erläuterungen

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

B-[0103].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
2	VI34 - Elektrophysiologie
3	VI39 - Physikalische Therapie
4	VI40 - Schmerztherapie
5	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
6	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
7	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
8	VI42 - Transfusionsmedizin

#	Medizinische Leistungsangebote
9	VR04 - Duplexsonographie
10	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
11	VR06 - Endosonographie
12	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
13	VR02 - Native Sonographie
14	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
15	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
16	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
17	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
18	VC05 - Schrittmachereingriffe
19	VC06 - Defibrillatoreingriffe
20	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
21	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
22	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
23	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
24	VI20 - Intensivmedizin
25	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
26	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
27	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
28	VI27 - Spezialsprechstunde
29	VU15 - Dialyse
30	VC04 - Chirurgie der angeborenen Herzfehler

B-[0103].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2496
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0103].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I20.0	Instabile Angina pectoris	257
2	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	185
3	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	132
4	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	118
5	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	100
6	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	78
7	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	75
8	R55	Synkope und Kollaps	69
9	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	68
10	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	56
11	R42	Schwindel und Taumel	48

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
12	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	46
13	I48.3	Vorhofflattern, typisch	44
14	E86	Volumenmangel	37
15	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	37
16	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	36
17	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	31
18	I95.1	Orthostatische Hypotonie	31
19	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	30
20	R07.2	Präkordiale Schmerzen	25
21	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	24
22	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	24
23	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	22
24	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	21
25	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	20
26	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	20
27	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	19
28	M79.18	Myalgie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	18
29	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	18
30	I35.0	Aortenklappenstenose	18

B-[0103].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	315
2	I20	Angina pectoris	305
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	269
4	I21	Akuter Myokardinfarkt	186
5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	113
6	R07	Hals- und Brustschmerzen	112
7	R55	Synkope und Kollaps	69
8	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	66
9	I26	Lungenembolie	54
10	I47	Paroxysmale Tachykardie	54
11	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	50
12	R42	Schwindel und Taumel	48
13	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	47
14	E86	Volumenmangel	37
15	I95	Hypotonie	34
16	I63	Hirnfarkt	33
17	I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten	28
18	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	27

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
19	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	27
20	H81	Störungen der Vestibularfunktion	26
21	I11	Hypertensive Herzkrankheit	26
22	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	24
23	I42	Kardiomyopathie	22
24	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	21
25	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	20
26	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	19
27	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	19
28	R00	Störungen des Herzschlages	16
29	A46	Erysipel [Wundrose]	16
30	I45	Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen	13

B-[0103].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	789
2	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	674
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	480
4	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	357
5	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	337
6	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	337
7	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	330
8	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	292
9	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	256
10	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	200
11	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	176
12	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	171
13	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	157
14	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	119
15	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	106

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
16	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	105
17	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	97
18	1-274.0	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Druckmessung	94
19	1-274.3	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums	89
20	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	80
21	1-266.x	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Sonstige	77
22	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	76
23	1-710	Ganzkörperplethysmographie	76
24	1-265.e	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Vorhofflimmern	71
25	8-835.8	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Anwendung dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren	70
26	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	65
27	3-996	Anwendung eines 3D-Bildwandlers	60
28	8-835.a5	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Kryoablation: Pulmonalvenen	59
29	5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	57
30	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	55

B-[0103].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	846
2	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	801
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	789
4	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	768
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	480
6	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	337
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	337
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	290
9	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	256
10	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	256
11	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	235

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
12	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	196
13	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	189
14	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	171
15	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	162
16	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	121
17	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	120
18	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	110
19	1-710	Ganzkörperplethysmographie	76
20	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	70
21	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	64
22	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	62
23	3-996	Anwendung eines 3D-Bildwandlers	60
24	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	60
25	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	56
26	8-854	Hämodialyse	55
27	1-650	Diagnostische Koloskopie	54
28	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	51
29	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	50
30	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	47

B-[0103].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Kardiologische Sprechstunde
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Sprechstunde vorstationär
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz

B-[0103].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Kardiologische Sprechstunde	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
2	Kardiologische Sprechstunde	VC06 - Defibrillatoreingriffe
3	Kardiologische Sprechstunde	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
4	Kardiologische Sprechstunde	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes

#	Ambulanz	Leistung
5	Kardiologische Sprechstunde	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
6	Kardiologische Sprechstunde	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
7	Kardiologische Sprechstunde	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
8	Kardiologische Sprechstunde	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
9	Kardiologische Sprechstunde	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
10	Kardiologische Sprechstunde	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
11	Kardiologische Sprechstunde	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
12	Kardiologische Sprechstunde	VR04 - Duplexsonographie
13	Kardiologische Sprechstunde	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
14	Kardiologische Sprechstunde	VI34 - Elektrophysiologie
15	Kardiologische Sprechstunde	VR06 - Endosonographie
16	Kardiologische Sprechstunde	VR02 - Native Sonographie
17	Kardiologische Sprechstunde	VC05 - Schrittmachereingriffe
18	Kardiologische Sprechstunde	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
19	Kardiologische Sprechstunde	VI27 - Spezialsprechstunde

B-[0103].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	87
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	15
3	3-824.2	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: Unter pharmakologischer Belastung	8
4	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	6
5	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
6	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	4

B-[0103].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	101
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	15
3	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	15
4	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	10
5	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	4

B-[0103].11 Personelle Ausstattung

B-[0103].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		12,66	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	12,66	Stationär	0

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		6,16	Fälle je VK/Person	810,389648
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,16	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	3,08	Stationär	3,08

B-[0103].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie

Zusatzweiterbildungen:

- ◆ interventionelle Kardiologie (DGK)
- ◆ spezielle Rhythmologie (DGK)
- ◆ aktive Rhythmusimplantate (DGK)
- ◆ Herzinsuffizienz (DGK)

B-[0103].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

Gesamt	43,79	Fälle je VK/Person	59,64158
--------	-------	--------------------	----------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	42,99	Ohne	0,8
Versorgungsform	Ambulant	1,94	Stationär	41,85
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		1,75	Fälle je VK/Person	1848,88892
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,4	Stationär	1,35
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		1,14	Fälle je VK/Person	2189,47363
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,14
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt		0,85	Fälle je VK/Person	2936,47046
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,85
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		1	Fälle je VK/Person	4160
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,4	Stationär	0,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		1,97	Fälle je VK/Person	1675,16772
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,48	Stationär	1,49

B-[0103].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
5	PQ21 - Casemanagement abteilungsübergreifend im Kliniksozialdienst vorhanden
6	PQ12 - Notfallpflege

B-[0103].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 - Kinästhetik

#	Zusatzqualifikation
2	ZP03 - Diabetes
3	ZP20 - Palliative Care
4	ZP16 - Wundmanagement
5	ZP01 - Basale Stimulation

B-[0107] Gastroenterologie

B-[0107].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Gastroenterologie

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

Bei diesen Erkrankungen ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwingend notwendig. Hier arbeiten wir eng mit den chirurgischen Kolleginnen und Kollegen unseres Hauses, der onkologischen Abteilung des Diakonie-Klinikums Schwäbisch Hall und der Abteilung für Radioonkologie am Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall zusammen.

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

Wir führen täglich eine große Anzahl an endoskopischen, endosonographischen und sonographischen Untersuchungen durch. Auch die entsprechenden therapeutischen Eingriffe, z. B. Polypektomien, Ösophagusvarizenligaturen, APC-Behandlungen, endosonographische Punktionen und transcutane sonographische Punktionen werden durchgeführt. Seit dem Umzug in den Klinikneubau verfügen wir über eine Endoskopie, einen Aufwachraum und eine Geräteaufbereitung, welche nach modernsten Gesichtspunkten eingerichtet wurde.

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

Ebenfalls in hoher Frequenz werden Eingriffe an Galle oder Pankreas (ERCP) durchgeführt. Diese sind in der Regel als therapeutische Eingriffe (Papillotomie, Steinextraktion und Stenting) angelegt. Zur Abklärung von thorakalen Beschwerden oder Refluxbeschwerden steht eine Impedanz-pH-Metrie zur Verfügung. In hoher Fallzahl werden auch Patientinnen und Patienten mit chronischen Lebererkrankungen und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen überwiegend ambulant betreut und behandelt.

Vorwiegend ambulant werden Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Magen-Darm-Traktes, der Leber und Bauchspeicheldrüse mit allen gängigen Chemotherapien behandelt. Die Patientinnen und Patienten werden vor Therapieeinleitung in der Regel im interdisziplinären Tumorboard des Diakonie-Klinikums Schwäbisch Hall vorgestellt.

Alle onkologischen Erkrankungen außerhalb des gastroenterologischen Fachgebietes, sowie Hämatoblastosen und Lymphome werden an onkologische Kooperationspartner überwiesen.

Im Bereich der Diabetologie liegt ebenfalls ein Schwerpunkt. Hier werden Patienten in allen Abteilungen des Hauses von einem interprofessionelle Team aus Diabetologen, speziell qualifiziertem Pflegepersonal und Diätberatern mit Diabetes mellitus als Haupt- oder Nebendiagnose von unserer Abteilung betreut.

B-[0107].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0700 - Gastroenterologie

#	Fachabteilungsschlüssel
2	0107 - Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
3	0100 - Innere Medizin

B-[0107].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Bernhard Braun
Telefon	07951 490 201
Fax	07951 490 299
E-Mail	info@klinikum-crailsheim.de
Strasse	Gartenstr.
Hausnummer	21
PLZ	74564
Ort	Crailsheim
URL	http://www.klinikum-crailsheim.de



Dr. Braun

B-[0107].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

Erläuterungen

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

Es wurden keine leistungs- oder fallzahlabhängigen Boni vereinbart.

B-[0107].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI38 - Palliativmedizin
2	VI39 - Physikalische Therapie
3	VI40 - Schmerztherapie
4	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
5	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
6	VI35 - Endoskopie
7	VI42 - Transfusionsmedizin
8	VR04 - Duplexsonographie
9	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
10	VR06 - Endosonographie des oberen und unteren Gastrointestinaltrakts
11	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
12	VR02 - Native Sonographie
13	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
14	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
15	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
16	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
17	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
18	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
19	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
20	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
21	VI20 - Intensivmedizin
22	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
23	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
24	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
25	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
26	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
27	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

B-[0107].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1921
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0107].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	247
2	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	71
3	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	50
4	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	48
5	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	46
6	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	36
7	K83.1	Verschluss des Gallenganges	29
8	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	28
9	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	27
10	E86	Volumenmangel	27
11	K29.6	Sonstige Gastritis	25
12	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	22
13	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	22
14	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	22
15	D64.8	Sonstige näher bezeichnete Anämien	21
16	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	21
17	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	20
18	K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion	19
19	K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	19
20	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	18
21	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	18
22	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	17
23	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	16
24	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	16
25	K80.21	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	15
26	A46	Erysipel [Wundrose]	15
27	J98.7	Infektion der Atemwege, anderenorts nicht klassifiziert	14
28	N20.0	Nierenstein	14
29	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	14
30	K29.1	Sonstige akute Gastritis	14

B-[0107].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	247
2	K80	Cholelithiasis	93
3	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	79
4	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	72
5	K29	Gastritis und Duodenitis	66
6	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	62
7	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	62
8	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	41
9	K57	Divertikulose des Darmes	39
10	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	36
11	K85	Akute Pankreatitis	36
12	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	35
13	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	28
14	E86	Volumenmangel	27
15	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	27
16	N17	Akutes Nierenversagen	25
17	K25	Ulcus ventriculi	25
18	K70	Alkoholische Leberkrankheit	23
19	D64	Sonstige Anämien	23
20	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	23
21	N20	Nieren- und Ureterstein	23
22	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	21
23	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	21
24	K26	Ulcus duodeni	20
25	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	18
26	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	17
27	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	17
28	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	17
29	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	17
30	A46	Erysipel [Wundrose]	15

B-[0107].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei normalem Situs	667
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	292

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	291
4	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	192
5	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	192
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	185
7	3-200	Native Computertomographie des Schädels	172
8	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	168
9	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	158
10	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	155
11	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	136
12	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	124
13	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	96
14	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	92
15	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	89
16	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	83
17	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	76
18	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	72
19	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	69
20	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	67
21	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	67
22	5-513.f0	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: Eine Prothese	61
23	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	58
24	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	57
25	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	51
26	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	51
27	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	51

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
28	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	43
29	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	42
30	3-056	Endosonographie des Pankreas	41

B-[0107].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	679
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	378
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	360
4	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	328
5	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	295
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	292
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	291
8	1-650	Diagnostische Koloskopie	290
9	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	206
10	3-200	Native Computertomographie des Schädels	172
11	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	168
12	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	128
13	5-469	Andere Operationen am Darm	114
14	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	112
15	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	96
16	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	89
17	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	67
18	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	67
19	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	61
20	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	57
21	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	42
22	3-056	Endosonographie des Pankreas	41
23	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	40
24	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	39
25	1-853	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle	37
26	3-202	Native Computertomographie des Thorax	36
27	8-701	Einfache endotracheale Intubation	34
28	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	30
29	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	29
30	1-635	Diagnostische Jejunoskopie	26

B-[0107].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Gastroenterologische, hepatologische und onkologische Sprechstunde

B-[0107].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Gastroenterologische, hepatologische und onkologische Sprechstunde	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
2	Gastroenterologische, hepatologische und onkologische Sprechstunde	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
3	Gastroenterologische, hepatologische und onkologische Sprechstunde	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
4	Gastroenterologische, hepatologische und onkologische Sprechstunde	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
5	Gastroenterologische, hepatologische und onkologische Sprechstunde	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
6	Gastroenterologische, hepatologische und onkologische Sprechstunde	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
7	Gastroenterologische, hepatologische und onkologische Sprechstunde	VI35 - Endoskopie

B-[0107].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	489
2	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	413
3	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	395
4	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	379
5	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	238
6	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	133
7	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	82
8	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	81
9	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	51
10	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	38
11	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	34
12	3-200	Native Computertomographie des Schädels	21
13	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	20

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
14	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	16
15	5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	15
16	3-056	Endosonographie des Pankreas	14
17	8-154.x	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Bauchraumes: Sonstige	13
18	1-632.1	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum	12
19	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	11
20	5-452.6x	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Sonstige	11
21	1-631.1	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus und/oder Magen	10
22	5-429.8	Andere Operationen am Ösophagus: Bougierung	10
23	3-051	Endosonographie des Ösophagus	9
24	1-654.0	Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument	7
25	3-053	Endosonographie des Magens	6
26	5-985.0	Lasertechnik: Argon- oder frequenzgedoppelter YAG-Laser	6
27	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	6
28	1-440.7	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Sphincter Oddi und Papilla duodeni major	5
29	1-652.1	Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma: Koloskopie	5
30	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	5

B-[0107].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	935
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	425
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	417
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	243
5	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	184
6	5-469	Andere Operationen am Darm	163
7	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	34
8	3-200	Native Computertomographie des Schädels	21
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	20
10	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	17
11	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	15
12	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	15
13	8-154	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Bauchraumes	14
14	3-056	Endosonographie des Pankreas	14

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
15	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	11
16	3-051	Endosonographie des Ösophagus	9
17	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	9
18	1-654	Diagnostische Rektoskopie	7
19	3-053	Endosonographie des Magens	6
20	5-985	Lasertechnik	6
21	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	5
22	3-05a	Endosonographie des Retroperitonealraumes	5
23	1-652	Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma	5
24	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	4
25	3-059	Endosonographie der Bauchhöhle [Laparoskopische Sonographie]	4
26	3-058	Endosonographie des Rektums	4
27	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	4
28	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	4
29	3-804	Native Magnetresonanztomographie des Abdomens	4
30	5-449	Andere Operationen am Magen	4

B-[0107].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0107].11 Personelle Ausstattung

B-[0107].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten			40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte			
Gesamt		10,55	Fälle je VK/Person 281,259155
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,55	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	3,72	Stationär 6,83
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt		4,82	Fälle je VK/Person 667,013855
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,82	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	1,94	Stationär 2,88

B-[0107].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie

2 AQ23 - Innere Medizin

B-[0107].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie

B-[0107].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

Gesamt		35,6	Fälle je VK/Person	58,85417
Beschäftigungsverhältnis	Mit	34,84	Ohne	0,76
Versorgungsform	Ambulant	2,96	Stationär	32,64

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,35	Fälle je VK/Person	5488,57129
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,35	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,35

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,47	Fälle je VK/Person	4087,23413
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,47

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,55	Fälle je VK/Person	1239,35486
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,55	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,55

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,07	Fälle je VK/Person	2088,04346
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,15	Stationär	0,92

B-[0107].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
5	PQ18 - Pflege in der Endoskopie

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
6	PQ21 - Casemanagement abteilungsübergreifend im Kliniksozialdienst vorhanden
7	PQ07 - Pflege in der Onkologie
8	PQ12 - Notfallpflege

B-[0107].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	ZP08 - Kinästhetik
3	ZP01 - Basale Stimulation
4	ZP03 - Diabetes
5	ZP20 - Palliative Care
6	ZP16 - Wundmanagement

B-[0107].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Seit 2019 psychosoziale Krebsberatung durch eine Diplom-Psychologin.

B-[0190] Geriatrie

B-[0190].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Geriatrie

Die Zunahme des Durchschnittsalters der Patientinnen und Patienten führt seit einigen Jahren dazu, dass wir im Bereich der Geriatrie, d.

h. der Versorgung hochbetagter und multimorbider Patientinnen und Patienten tätig sind.

Für geriatrische Patientinnen Patienten ist neben der fachkundigen ärztlichen Betreuung eine systematische Heranführung an die

Verrichtungen zur Bewältigung des Alltags erforderlich sowie die frühzeitige Organisation der Weiterbetreuung nach der Entlassung aus

dem Krankenhaus, wobei hier die Zusammenarbeit mit unserem Team des Sozialdienstes im Vordergrund steht.

Klinischer Schwerpunkt im Rahmen der medizinischen Versorgung hochbetragter Menschen im Landkreis Schwäbisch Hall ist der Standort

Crailsheim. mit Chefarzt Dr. med. Dipl. Gerontolge Norbert Andrejew, Facharzt für Innere Medizin, Klinische Geriatrie (Altersheilkunde) und

Palliativmedizin.

Das Zentrum für Altersheilkunde ist die dritte Säule der Abteilung "Innere Medizin" des Klinikums Crailsheim. Ziel dieser Abteilung ist es,

körperliche und seelische Leiden von Patientinnen und Patienten mit weit fortgeschrittenen, unheilbaren Krankheiten zu lindern.

Hochbetagte Menschen sollen möglichst lang in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben und daher nach einer Erkrankung in ihre vertraute

oder in eine betreute Umgebung zurückkehren können. Die Ärzte, das Pflegepersonal, die Therapeutinnen und Therapeuten und der

Sozialdienst bilden ein eingespieltes Team - sie verstehen sich als Partner der hochbetagten Menschen.

Ein Schwerpunkt der Abteilung ist die geriatrische Betreuung alterstraumatologischer Patientinnen und Patienten im Landkreis. Hier besteht

eine enge organisatorische und prozessorientierte Zusammenarbeit mit der chirurgischen Abteilung des Klinikums Crailsheim sowie auch

mit der Klinik für Unfallchirurgie am Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall.

B-[0190].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0190 - Innere Medizin/ohne Diff. nach Schwerpunkten (II)
2	0200 - Geriatrie
3	0100 - Innere Medizin

B-[0190].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Dipl. Geront. Norbert Andrejew
Telefon	07951 490 463
Fax	07951 490 144
E-Mail	info@klinikum-crailsheim.de
Strasse	Gartenstr.
Hausnummer	21
PLZ	74564
Ort	Crailsheim
URL	http://www.klinikum-crailsheim.de



Dr. Andrejew

B-[0190].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

Erläuterungen

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

B-[0190].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
2	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels

#	Medizinische Leistungsangebote
3	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
4	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
5	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
6	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
7	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
8	VI38 - Palliativmedizin
9	VR04 - Duplexsonographie
10	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
11	VR02 - Native Sonographie Abdomensonographie, Echokardiographie
12	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen Videoendoskopische Schluckuntersuchung
13	VI39 - Physikalische Therapie
14	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren

B-[0190].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	307
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0190].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	34
2	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	32
3	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	22
4	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	11
5	S32.5	Fraktur des Os pubis	9
6	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	8
7	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	5
8	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	5
9	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	5
10	S32.1	Fraktur des Os sacrum	5
11	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	5
12	S82.82	Trimalleolarfraktur	4
13	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	4

B-[0190].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	115
2	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	23

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
3	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	14
4	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	12
5	I50	Herzinsuffizienz	10
6	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	9
7	I63	Hirnfarkt	5
8	S12	Fraktur im Bereich des Halses	5
9	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	5
10	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	5
11	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	5
12	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	4
13	I70	Atherosklerose	4
14	S06	Intrakranielle Verletzung	4
15	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	4
16	I21	Akuter Myokardinfarkt	4

B-[0190].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	186
2	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	147
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	101
4	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	75
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	43
6	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	37
7	8-191.5	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband	36
8	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	30
9	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	21
10	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	18
11	3-206	Native Computertomographie des Beckens	17
12	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	17
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	14
14	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	14
15	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	13
16	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	11
17	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	10

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
18	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	10
19	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	8
20	5-431.20	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode	8
21	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	8
22	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	8
23	3-202	Native Computertomographie des Thorax	7
24	8-98g.14	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage	7
25	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	6
26	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	5
27	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	5
28	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	4
29	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	4
30	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	4

B-[0190].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	298
2	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	147
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	101
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	65
5	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	37
6	1-632	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie	30
7	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	18
8	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	17
9	3-206	Native Computertomographie des Beckens	17
10	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	15
11	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	14
12	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	14
13	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	13
14	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	12
15	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	11
16	8-854	Hämodialyse	10
17	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	10
18	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	8

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
19	5-431	Gastrostomie	8
20	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	8
21	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	8
22	3-202	Native Computertomographie des Thorax	7
23	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	6
24	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	5
25	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	5
26	1-650	Diagnostische Koloskopie	5
27	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	4
28	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	4
29	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	4
30	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	4

B-[0190].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Geriatrische Ambulanz

B-[0190].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Geriatrische Ambulanz	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
2	Geriatrische Ambulanz	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

B-[0190].11 Personelle Ausstattung

B-[0190].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte				
Gesamt		4,18	Fälle je VK/Person	125,306122
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,73	Stationär	2,45
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		3,83	Fälle je VK/Person	80,15666
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,83

B-[0190].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin

Des Weiteren werden ggf. Psychologen und Fachärzte weiterer Fachabteilungen hinzugezogen.

B-[0190].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement
2	ZF09 - Geriatrie
3	ZF28 - Notfallmedizin
4	ZF30 - Palliativmedizin
5	ZF26 - Medizinische Informatik

B-[0190].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

Gesamt		16,2	Fälle je VK/Person	18,95062
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	16,2

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,7	Fälle je VK/Person	180,588226
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,7

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,79	Fälle je VK/Person	388,607574
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,79	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,79

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,94	Fälle je VK/Person	158,247421
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,94

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,51	Fälle je VK/Person	601,9608
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,51	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,51

B-[0190].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ20 - Praxisanleitung
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ21 - Casemanagement abteilungsübergreifend im Kliniksozialdienst vorhanden
5	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege

B-[0190].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP07 - Geriatrie
4	ZP08 - Kinästhetik
5	ZP03 - Diabetes z. B. Diabetesberatung
6	ZP16 - Wundmanagement

B-[0190].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	614
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0,5
Versorgungsform	Ambulant	0,5	Stationär	0,5

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	307
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	614
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

Personal des Therapiezentrums (Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie) werden stationsübergreifend eingesetzt. Der Geriatrie werden Mitarbeiter aus dem Pool fest zugeteilt.

B-[1500] Allgemein-, Viszeral-, und Gefäßchirurgie

B-[1500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Allgemein-, Viszeral-, und Gefäßchirurgie

Die Klinik für Allgemein-, Viszeral-, und Gefäßchirurgie bietet ein breites Spektrum für die operative und

konservative Behandlung der Patienten an. Die Gesamtleitung der Klinik für Allgemein- Viszeral-, und

Gefäßchirurgie obliegt Herrn Dr. Gerhard Abendschein. Er ist Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie inkl.

spezieller Viszeralchirurgie und Gefäßchirurgie. Unter der Sektionsleiterin Frau Dr. Christine Wurst wurde die

Klinik im September 2019 von der deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie zum Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie ernannt. Neben den Schwerpunkt der Hernienoperationen ist die

minimalinvasive kolorektale Chirurgie ein weiterer Schwerpunkt der Klinik. Eine besondere Expertise besteht

ebenfalls im Bereich der Schilddrüsenchirurgie, die unter Neuromonitoring komplikationslos durchgeführt werden

kann. Weiterhin werden Operationen an der Gallenblase in großer Anzahl erbracht. Natürlich werden Notfalleingriffe des Magen-Darmtraktes wie z.B. Blinddarmentzündungen, Magengeschwüre oder Darmverschlüsse rund um die Uhr durchgeführt. Behandlungen des Enddarms, wie z.B. Hämorrhoiden und

Analfisteln runden das Angebot ab.

In der Gefäßchirurgie bieten wir das komplette Spektrum bis auf Eingriffe der thorakalen und suprarenalen Aorta

an. Ein besonderer Schwerpunkt ist die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms, wo wir eng mit der

Diabetes-Klinik in Bad Mergentheim zusammenarbeiten. Hierzu gehören die Eingriffe im Fußbereich, wo häufig

die Vakuumversiegelung zur Wundtherapie eingesetzt wird und natürlich die Optimierung der arteriellen

Durchblutung durch Gefäßoperationen, wie Patcherweitungsplastiken und Bypässen bis in den Fußbereich sowie

die Gefäßdarstellungen, ggf. mit Ballondilatation oder Stentimplantation in Lokalanästhesie. Eine Besonderheit ist,

dass sowohl die offen chirurgischen Eingriffe, als auch die sogenannten interventionellen Eingriffe, wie

Angiographien mit Ballondilatation oder Stentimplantation von den Gefäßchirurgen selbst erbracht werden.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Zugangschirurgie, wo neben der Implantation von Port- und Dialysekathetern

insbesondere die Dialysehuntchirurgie zählt. Hierbei bieten wir Neuanlagen als auch komplexe

Revisionen an.

Zum Portfolio gehört auch die Krampfaderchirurgie inkl. der endovenösen Radiofrequenzablation und Sklerosierung. Angeboten wird auch die Aneurysmachirurgie und die Chirurgie der extrakraniellen Halsgefäße.

Wir bieten Spezial-Sprechstunden für Hernien, allgemein- und viszeralchirurgische Erkrankungen, Proktologie,

Gefäßchirurgie und eine Wundsprechstunde an.

B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1800 - Gefäßchirurgie
2	1518 - Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
3	1500 - Allgemeine Chirurgie
4	3757 - Visceralchirurgie

B-[1500].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Gerhard Abendschein
Telefon	07951 490 301
Fax	07951 490 302
E-Mail	chirurgie@klinikum-crailsheim.de
Strasse	Gartenstr.
Hausnummer	21
PLZ	74564
Ort	Crailsheim
URL	http://www.klinikum-crailsheim.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sektionsleitung Allgemein- und Viszeralchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christine Wurst
Telefon	07951 490 301
Fax	07951 490 302
E-Mail	chirurgie@klinikum-crailsheim.de
Strasse	Gartenstr.
Hausnummer	21
PLZ	74564
Ort	Crailsheim
URL	http://www.klinikum-crailsheim.de



Dr. Abendschein



Dr. Wurst

B-[1500].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

Erläuterungen

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

B-[1500].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC58 - Spezialsprechstunde Hände-, Varizen-, Coloskopie, Füße, BG, Viszeralchirurgie
2	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe Verschiebelappenplastik bei Dekubitalgeschwüren
3	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen Auch bei großen Dickdarmoperationen, Spezialität: Laparoskopische Versorgung von Leistenhernien (TAPP) mit großer Fallzahl
4	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
5	VC71 - Notfallmedizin

#	Medizinische Leistungsangebote
6	VC62 - Portimplantation
7	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie Mehr als 99 % der Gallenblasenoperationen werden laparoskopisch (mit kleinen Schnitten) durchgeführt
8	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie Sämtliche routinemäßigen Darmoperationen: große Darmoperationen werden auch laparoskopisch, d.h. mit kleinen Schnitten durchgeführt
9	VC21 - Endokrine Chirurgie Schilddrüsenoperationen mit kleinem Schnitt und Neuromonitoring
10	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
11	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
12	VC24 - Tumorchirurgie Entsprechende interdisziplinäre Nachbehandlung mit onkologisch arbeitenden Internisten am Hause
13	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
14	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
15	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
16	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
17	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
18	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
19	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
20	VD20 - Wundheilungsstörungen

B-[1500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	964
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	76
2	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	57
3	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	54
4	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	50
5	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	46
6	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	35
7	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	30
8	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	28
9	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	24

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
10	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	22
11	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	16
12	A46	Erysipel [Wundrose]	16
13	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	15
14	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	14
15	K61.0	Analabszess	14
16	E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	13
17	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	13
18	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	12
19	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	12
20	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	12
21	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	12
22	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	11
23	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	11
24	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	10
25	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	10
26	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	9
27	T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate	9
28	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	9
29	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	9
30	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	8

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	113
2	I70	Atherosklerose	110
3	K40	Hernia inguinalis	104
4	K35	Akute Appendizitis	71
5	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	70
6	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	61
7	K43	Hernia ventralis	22
8	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	22
9	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	20
10	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	19
11	K57	Divertikulose des Darmes	18
12	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	18
13	K42	Hernia umbilicalis	17

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
14	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	17
15	I83	Varizen der unteren Extremitäten	17
16	A46	Erysipel [Wundrose]	16
17	E04	Sonstige nichttoxische Struma	14
18	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	13
19	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	13
20	L05	Pilonidalzyste	12
21	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	12
22	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	12
23	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	12
24	L03	Phlegmone	11
25	K66	Sonstige Krankheiten des Peritoneums	7
26	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	7
27	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	6
28	T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	6
29	K65	Peritonitis	6
30	K25	Ulcus ventriculi	5

B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	187
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	165
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	125
4	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	113
5	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	113
6	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	109
7	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	101
8	5-896.1g	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Fuß	82
9	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	81
10	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	78
11	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	68

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
12	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	51
13	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	48
14	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	47
15	5-866.5	Revision eines Amputationsgebietes: Fußregion	46
16	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	45
17	5-983	Reoperation	38
18	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel	37
19	8-192.1g	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Fuß	35
20	8-190.21	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage	35
21	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	34
22	8-191.5	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband	34
23	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	34
24	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	33
25	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	32
26	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	31
27	5-896.1e	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie	30
28	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	28
29	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	28
30	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	27

B-[1500].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-916	Temporäre Weichteildeckung	325
2	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	242
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	165
4	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	146
5	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	137
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	125
7	5-511	Cholezystektomie	116
8	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	109

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	106
10	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	102
11	8-190	Spezielle Verbandstechniken	101
12	5-469	Andere Operationen am Darm	95
13	9-984	Pflegebedürftigkeit	80
14	5-470	Appendektomie	74
15	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	71
16	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	69
17	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	56
18	5-866	Revision eines Amputationsgebietes	56
19	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	50
20	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	49
21	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	49
22	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	43
23	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	41
24	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	40
25	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	39
26	5-983	Reoperation	38
27	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	37
28	5-381	Endarteriektomie	37
29	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	36
30	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	35

B-[1500].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor-/Nachstationäre Ambulanz
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ermächtigungsambulanz

B-[1500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Ermächtigungsambulanz	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
2	Ermächtigungsambulanz	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
3	Ermächtigungsambulanz	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
4	Ermächtigungsambulanz	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
5	Ermächtigungsambulanz	VC62 - Portimplantation
6	Ermächtigungsambulanz	VC58 - Spezialsprechstunde
7	Notfallambulanz	VO00 - („Sonstiges“)
8	Notfallambulanz	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
9	Notfallambulanz	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
10	Notfallambulanz	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
11	Notfallambulanz	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
12	Notfallambulanz	VC71 - Notfallmedizin
13	Notfallambulanz	VO21 - Traumatologie
14	Vor-/Nachstationäre Ambulanz	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
15	Vor-/Nachstationäre Ambulanz	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
16	Vor-/Nachstationäre Ambulanz	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
17	Vor-/Nachstationäre Ambulanz	VC62 - Portimplantation
18	Vor-/Nachstationäre Ambulanz	VC24 - Tumorchirurgie

B-[1500].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-385.0	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Lokale Sklerotherapie (durch Injektion)	41
2	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	34
3	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	28
4	5-385.b	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Endoluminale Radiofrequenzablation	25
5	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenen oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	23
6	5-385.2	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Lokale Exzision	21
7	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	20
8	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	19

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
9	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	15
10	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	13
11	5-385.96	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize	12
12	5-534.35	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Sublay-Technik	8
13	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	8
14	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	8
15	5-394.5	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines arteriovenösen Shuntes	7
16	5-492.01	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Tief	7
17	5-895.2a	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Brustwand und Rücken	7
18	5-392.10	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	6
19	5-385.c	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Endoluminale Rotationsablation mit gleichzeitiger Sklerosierung	6
20	5-490.0	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Inzision	5
21	5-530.73	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	5
22	5-493.22	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 3 oder mehr Segmente	5
23	5-385.4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)	5
24	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	5
25	5-895.24	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	5
26	5-894.1a	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Brustwand und Rücken	4
27	5-493.21	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 2 Segmente	4
28	5-385.80	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: V. saphena magna	4
29	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	4
30	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	4

B-[1500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1500].11 Personelle Ausstattung

B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten			40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte			
Gesamt		6,75	Fälle je VK/Person 142,8148
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,75	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 6,75
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt		4,75	Fälle je VK/Person 385,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,75	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	2,25	Stationär 2,5

B-[1500].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ13 - Viszeralchirurgie
2	AQ07 - Gefäßchirurgie
3	AQ06 - Allgemeinchirurgie

weitere Zusatzweiterbildungen:

- DEGUM Tutor
- endovaskuläre Chirurgie

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
3	ZF34 - Proktologie
4	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –

weitere Zusatzweiterbildungen:

- DEGUM Tutor
- endovaskuläre Chirurgie

B-[1500].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt		12,86	Fälle je VK/Person	74,96112
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,77	Ohne	0,09
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,86

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	1928
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,86	Fälle je VK/Person	518,279541
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,86

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,24	Fälle je VK/Person	4016,66675
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,24	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,24

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,19	Fälle je VK/Person	5073,684
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,19

B-[1500].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ21 - Casemanagement abteilungsübergreifend im Kliniksozialdienst vorhanden
6	PQ01 - Bachelor
7	PQ12 - Notfallpflege
8	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[1500].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP16 - Wundmanagement
2	ZP08 - Kinästhetik

#	Zusatzqualifikation
3	ZP01 - Basale Stimulation
4	ZP03 - Diabetes
5	ZP20 - Palliative Care

B-[2400] Frauenklinik - Gynäkologie und Geburtshilfe

B-[2400].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Frauenklinik - Gynäkologie und Geburtshilfe

Geburtshilfe

In der Geburtshilfe erblicken jährlich mehr als 600 Kinder ab der 36. Schwangerschaftswoche das Licht der Welt. Dabei ist unser Ziel, eine Geburtshilfe in entspannter und freundlicher Atmosphäre zu bieten, mit einem Maximum an Sicherheit für Mutter und Kind, was gewährleistet wird durch das Team aus Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Krankenschwestern und Ärzten vor Ort und durch die Kooperation mit der Kinderklinik des Diakoneo Schwäbisch Hall.

Die Re-Zertifizierung als babyfreundliches Krankenhaus erfolgte im Jahr 2019.

Der individualisierte und familienorientierte Ansatz unserer Geburtshilfe beginnt bereits vor der Entbindung mit regelmäßigen

Kreißsaalführungen und einem umfassenden Kursangebot durch die Hebammen.

Werdende Mütter erhalten dabei Informationen rund um Schwangerschaft und Geburt, zu den entsprechenden Geburtstechniken,

Entspannungsübungen sowie über Möglichkeiten der Schmerzlinderung, zB auch mittels Periduralanästhesie und lernen gleichzeitig das

Team der Hebammen kennen. Ferner werden Informationen zu möglichen

Schwangerschaftsbeschwerden sowie zur richtigen Ernährung

während und nach der Schwangerschaft vermittelt. Hierzu sind auch die Partner der werdenden Mütter eingeladen. Neben dieser

Geburtsvorbereitung gehören die Kurse zu den Themen "Stillen", "Rückbildungsgymnastik" und "Babymassagen" zu unserem Angebot

rund um die Geburt.

Der mögliche Einsatz von Homöopathie, Akupunktur und Aromatherapie und daß unter der Geburt gemäß den Wünschen der

Schwangeren die verschiedenen Gebärpositionen (z. B. im Kreißbett oder auf dem Hocker) oder auch die Wassergeburt angeboten werden

können runden unser Konzept ab.

Nach der Entbindung werden Mutter und Kind auf der Station betreut. Rooming-In ist selbstverständlich, d. h. das Kind kann jederzeit bei

der Mutter sein. Im Besonderen wird das Stillen gefördert und in jeder Form unterstützt. Die Pflege- und unsere Stillfachkräfte bieten

intensive Beratung und praktische Hilfe.

Gynäkologie

In der operativen Gynäkologie werden alle standardmäßigen Behandlungen und Operationen bei gutartigen und bösartigen Erkrankungen erbracht. Neben den kleinen meist

ambulanten Eingriffen wie Ausschabungen, Gebärmutterspiegelungen, Konisationen und Probeentnahmen kann ein sehr breites

medizinisches Leistungsspektrum abgedeckt werden.

Bei gutartigen Erkrankungen wie Gebärmutter- und Eierstocksveränderungen werden als die schonendere Variante bevorzugt

minimal-invasive Techniken per operativer Laparoskopie (Bauchspiegelung) oder operativer Hysteroskopie eingesetzt.

Ein inhaltlicher Schwerpunkt liegt auch in der Diagnostik und Therapie der Endometriose. Hier war die Abteilung 2018 als

Endometriosezentrum zertifiziert worden.

Die Abteilung ist eine anerkannte Beratungsstelle der Deutschen Kontinenz Gesellschaft, sowie Mitbegründer des zertifizierten Beckenbodenzentrums im Jahr 2017.

Hier bieten wir eine umfassende Diagnostik in einer speziellen Sprechstunde (Blasendruckmessung, Blasenspiegelung), individuelle

Beratung und verschiedene konservative sowie operative Behandlungsmethoden an. Im Rahmen der Inkontinenzchirurgie sind dies die

spannungsfreie Schlingenoperation (TVT/TOT-Band) oder im Rahmen der Beckenbodenchirurgie verschiedene Methoden, meistens

vaginale oder laparoskopische, im Einzelfall aber auch abdominale Beckenbodenrekonstruktionen mit Eigengewebe oder mit Netzimplantat.

Neben kosmetischen Eingriffen an der Brust (Verkleinerung, Vergrößerung, Rekonstruktion) bieten wir im Falle einer bösartigen Erkrankung

der Brust oder aber des Unterleibs leitliniengerechte Operationen, auch in Kooperation unter anderem mit dem Brustzentrum und dem gynäkologischen

Krebszentrums Hohenlohe.

B-[2400].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Frauenklinik
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Ronald Goerner
Telefon	07951 490 651
Fax	07951 490 681
E-Mail	info@klinikum-crailsheim.de
Strasse	Gartenstr.
Hausnummer	21
PLZ	74564
Ort	Crailsheim
URL	http://www.klinikum-crailsheim.de



Dr. Goerner

B-[2400].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

Erläuterungen

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

B-[2400].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
2	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
3	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
4	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
5	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
6	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
7	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
8	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
9	VG07 - Inkontinenzchirurgie
10	VG15 - Spezialsprechstunde
11	VG16 - Urogynäkologie
12	VG19 - Ambulante Entbindung
13	VG05 - Endoskopische Operationen
14	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
15	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
16	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik

#	Medizinische Leistungsangebote
17	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
18	VK25 - Neugeborenencreening
19	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie

B-[2400].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1523
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2400].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	554
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	291
3	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	65
4	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	64
5	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	48
6	O62.2	Sonstige Wehenschwäche	27
7	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	26
8	O68.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser	23
9	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	20
10	O48	Übertragene Schwangerschaft	19
11	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	15
12	O33.4	Betreuung der Mutter wegen Missverhältnis bei kombinierter mütterlicher und fetaler Ursache	14
13	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	13
14	P70.4	Sonstige Hypoglykämie beim Neugeborenen	13
15	O00.1	Tubargravidität	11
16	O32.1	Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage	11
17	N80.3	Endometriose des Beckenperitoneums	10
18	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	9
19	O20.0	Drohender Abort	8
20	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	8
21	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	8
22	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	7
23	N81.3	Totalprolaps des Uterus und der Vagina	7
24	P21.0	Schwere Asphyxie unter der Geburt	6
25	D25.0	Submuköses Leiomyom des Uterus	6
26	O64.1	Geburtshindernis durch Beckenendlage	6
27	O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	6

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
28	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	5
29	N80.1	Endometriose des Ovars	5
30	O47.1	Frustrane Kontraktionen ab 37 oder mehr vollendeten Schwangerschaftswochen	5

B-[2400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	557
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	291
3	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	94
4	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	65
5	O42	Vorzeitiger Blasensprung	50
6	D25	Leiomyom des Uterus	28
7	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	27
8	O62	Abnorme Wehentätigkeit	27
9	N81	Genitalprolaps bei der Frau	21
10	O48	Übertragene Schwangerschaft	19
11	N80	Endometriose	19
12	P70	Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind	17
13	O33	Betreuung der Mutter bei festgestelltem oder vermutetem Missverhältnis zwischen Fetus und Becken	15
14	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	15
15	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	14
16	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus	13
17	O00	Extrauterin gravidität	12
18	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	12
19	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	10
20	P21	Asphyxie unter der Geburt	10
21	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	10
22	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	9
23	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	8
24	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	7
25	O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	6
26	O47	Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]	6
27	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	6
28	O66	Sonstiges Geburtshindernis	6

29	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	6
30	P22	Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen	5

B-[2400].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	1-242	Audiometrie	566
2	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	553
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	382
4	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	144
5	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	113
6	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	102
7	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	89
8	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	87
9	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	81
10	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	80
11	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	68
12	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	60
13	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	53
14	5-728.1	Vakuumentbindung: Aus Beckenmitte	50
15	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	26
16	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	25
17	5-682.02	Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Endoskopisch (laparoskopisch)	24
18	8-515	Partus mit Manualhilfe	24
19	5-681.4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Morcellieren des Uterus als Vorbereitung zur Uterusexstirpation	24
20	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	24
21	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	23
22	5-728.0	Vakuumentbindung: Aus Beckenausgang	19
23	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	17
24	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	16
25	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	15
26	5-657.62	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	14
27	5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	14
28	5-932.41	Art des verwendeten Materials für Gewebersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 10 cm ² bis unter 50 cm ²	12

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
29	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	11
30	5-653.30	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Offen chirurgisch (abdominal)	11

B-[2400].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	606
2	1-242	Audiometrie	566
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	382
4	5-749	Andere Sectio caesarea	235
5	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	219
6	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	144
7	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	102
8	5-738	Episiotomie und Naht	89
9	5-728	Vakuumentbindung	69
10	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	60
11	5-653	Salpingoovariektomie	41
12	5-661	Salpingektomie	38
13	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	38
14	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	32
15	5-682	Subtotale Uterusexstirpation	31
16	5-469	Andere Operationen am Darm	30
17	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	30
18	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	28
19	5-740	Klassische Sectio caesarea	25
20	8-515	Partus mit Manualhilfe	24
21	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	19
22	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	16
23	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	15
24	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	15
25	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	14
26	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	14
27	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	14
28	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	11
29	5-744	Operationen bei Extrauterin gravidität	11
30	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	11

B-[2400].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ermächtigungsambulanz Dr. Goerner
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz

B-[2400].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Ermächtigungsambulanz Dr. Goerner	VG19 - Ambulante Entbindung
2	Ermächtigungsambulanz Dr. Goerner	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
3	Ermächtigungsambulanz Dr. Goerner	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
4	Ermächtigungsambulanz Dr. Goerner	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
5	Ermächtigungsambulanz Dr. Goerner	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
6	Ermächtigungsambulanz Dr. Goerner	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
7	Ermächtigungsambulanz Dr. Goerner	VG05 - Endoskopische Operationen
8	Ermächtigungsambulanz Dr. Goerner	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
9	Ermächtigungsambulanz Dr. Goerner	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
10	Ermächtigungsambulanz Dr. Goerner	VG07 - Inkontinenzchirurgie
11	Ermächtigungsambulanz Dr. Goerner	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
12	Ermächtigungsambulanz Dr. Goerner	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
13	Ermächtigungsambulanz Dr. Goerner	VU14 - Spezialsprechstunde
14	Ermächtigungsambulanz Dr. Goerner	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
15	Ermächtigungsambulanz Dr. Goerner	VG16 - Urogynäkologie
16	Notfallambulanz	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften

#	Ambulanz	Leistung
17	Notfallambulanz	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
18	Notfallambulanz	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
19	Notfallambulanz	VG06 - Gynäkologische Chirurgie

B-[2400].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	157
2	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	152
3	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	89
4	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	63
5	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	46
6	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	30
7	5-681.x	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Sonstige	20
8	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	17
9	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	16
10	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	16
11	5-672.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri: Exzision	15
12	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	12
13	5-681.83	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	9
14	1-471.0	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische Mikrokürettage (Strichkürettage)	7
15	5-670	Dilatation des Zervikalkanals	7
16	5-667.1	Insufflation der Tubae uterinae: Chromopertubation	7
17	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	5
18	5-663.02	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Endoskopisch (laparoskopisch)	4
19	5-702.2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	4

B-[2400].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	184
2	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	159
3	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	157
4	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	46
5	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	35
6	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	17

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
7	5-672	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri	17
8	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	16
9	5-671	Konisation der Cervix uteri	16
10	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	15
11	5-670	Dilatation des Zervikalkanals	7
12	5-667	Insufflation der Tubae uterinae	7
13	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	7
14	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	7
15	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	7
16	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	5

B-[2400].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2400].11 Personelle Ausstattung

B-[2400].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten			40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte			
Gesamt	5,74	Fälle je VK/Person	414,986359
Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	Stationär	3,67
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	3	Fälle je VK/Person	761,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	Stationär	2

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

B-[2400].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Zusatzweiterbildung:

- Gynäkologische Onkologie
- master of senology der AWO Gyn

B-[2400].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

Gesamt		6,25	Fälle je VK/Person	243,68
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,25

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

Gesamt		2,47	Fälle je VK/Person	616,5992
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,47

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	1692,22229
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	0,9

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

Gesamt		7	Fälle je VK/Person	217,571426
--------	--	---	--------------------	------------

B-[2400].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ21 - Casemanagement abteilungsübergreifend im Kliniksozialdienst vorhanden
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2400].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP03 - Diabetes
2	ZP28 - Still- und Laktationsberatung

B-[2400].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3600] Anästhesiologie und Intensivmedizin

B-[3600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Nicht-Bettenführend (**FALSCHE ZUORDNUNG!**)

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Anästhesiologie und Intensivmedizin

Schmerzen sind nicht nur quälend, sondern behindern auch den Genesungsprozess. Deshalb legen wir besonderen Wert auf eine effektive

Schmerztherapie - auch über den ersten postoperativen Tag hinaus.

Neben dem Einsatz üblicher schmerzlindernder Medikamente in Form eines exakt strukturierten "Schmerz-Stufenschemas" verwenden wir

spezielle schmerztherapeutische Verfahren. Dies sind beispielsweise verschiedene Schmerzkatheter, die eine Art Teilbetäubung

aufrechterhalten und somit Schmerzfreiheit bei klarem Bewusstsein schaffen.

Die verschiedenen Verfahren werden bei Bedarf miteinander kombiniert. Ziel ist die stressfreie Operation und eine postoperative

Schmerzfreiheit, um optimale Heilungsvoraussetzungen zu schaffen.

Für stationäre Patientinnen und Patienten mit einem Schmerzkatheter und besonderer Schmerztherapie erfolgt täglich eine Schmerzvisite.

Alle stationären und ambulanten Narkosen im Klinikum werden von den Ärztinnen und Ärzten der Anästhesieabteilung durchgeführt. Die

Abteilung ist mit langjährig erfahrenen Fachärztinnen und -ärzten und Ärztinnen und Ärzten in der Ausbildung besetzt. Die jeweilige Behandlung wird individuell zum geplanten Eingriff

abgestimmt - auch die persönlichen Anliegen der Patientinnen und Patienten werden miteinbezogen.

Es kommen alle gängigen Formen der

Allgemeinanästhesie (Masken-, Kehlkopfmasken-, Intubationsnarkosen) zur Anwendung. Auch regionale Betäubungsverfahren wie

rückenmarksnahe Leitungsanästhesien (Spinal-bzw. Periduralanästhesien) und selektive

Betäubungsformen des Armes und des Beines in Form von

Plexus- oder i. v.-Regionalanästhesien werden angewandt.

B-[3600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3752 - Palliativmedizin
2	3600 - Intensivmedizin

B-[3600].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Chefarzt

Titel, Vorname, Name

Dr. med. Gregor Stohlmann

Telefon

07951 490 454

Fax

07951 490 458

E-Mail

info@klinikum-crailsheim.de

Strasse Gartenstr.
 Hausnummer 21
 PLZ 74564
 Ort Crailsheim
 URL <http://www.klinikum-crailsheim.de>



Dr. Stohlmann

B-[3600].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

Erläuterungen

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

B-[3600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI40 - Schmerztherapie Medikamentöse Schmerztherapie, PCA-Schmerzpumpen, Nervenschmerzkatheter, Schmerzmessung, tägliche Schmerzvisite
2	VI20 - Intensivmedizin Beatmung, dilatative Tracheotomie, Nierenersatzverfahren, Bronchoskopie, Sonographie mit TEE, Periduralkatheter, Herzzeitvolumenmessung
3	VX00 - („Sonstiges“) alle Verfahren der Vollnarkosen, Regionalanästhesietechniken und Kombinationsnarkosen
4	VX00 - („Sonstiges“) Organisation und Strukturierung des Notarztdienstes
5	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
6	VC71 - Notfallmedizin

B-[3600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**B-[3600].6.2 Kompetenzdiagnosen****B-[3600].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[3600].7.2 Kompetenzprozeduren****B-[3600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)****B-[3600].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[3600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

B-[3600].11 Personelle Ausstattung**B-[3600].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte				
Gesamt		10,23	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	4,29	Stationär	5,94
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		7,23	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,79	Stationär	4,44

B-[3600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie

B-[3600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin
2	ZF28 - Notfallmedizin

#	Zusatz-Weiterbildung
3	ZF30 - Palliativmedizin

B-[3600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

0

B-[3600].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ20 - Praxisanleitung
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[3600].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP14 - Schmerzmanagement

B-[3751] Radiologie

B-[3751].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart Nicht bettenführende Abteilung/sonstige
Organisationseinheit (**FALSCH ZUORDNUNG!**)

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Radiologie

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

B-[3751].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3751 - Radiologie

B-[3751].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefarztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin Radiologie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Sigrid Sauernheimer
Telefon	07951 490 7373
Fax	07951 467 433
E-Mail	info@klinikum-crailsheim.de
Strasse	Gartenstr.
Hausnummer	21
PLZ	74564
Ort	Crailsheim
URL	http://www.klinikum-crailsheim.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Radiologie (Ausstieg 2021)
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Markus Schammann
Telefon	07951 490 7373
Fax	07951 467 433
E-Mail	info@klinikum-crailsheim.de
Strasse	Gartenstr.
Hausnummer	21
PLZ	74564
Ort	Crailsheim
URL	http://www.klinikum-crailsheim.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiter der Radiologie-Praxis (Ambulanz)
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Reinhard Tomczak
Telefon	07951 490 7373

Fax 07951 046 465
 E-Mail info@klinikum-crailsheim.de
 Strasse Gartenstr.
 Hausnummer 21
 PLZ 74564
 Ort Crailsheim
 URL <http://www.klinikum-crailsheim.de>

B-[3751].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[3751].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
2	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
3	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
4	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
5	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
6	VR44 - Teleradiologie
7	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
8	VR16 - Phlebographie
9	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
10	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
11	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
12	VR15 - Arteriographie
13	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren

B-[3751].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**B-[3751].6.2 Kompetenzdiagnosen****B-[3751].7.2 Kompetenzprozeduren****B-[3751].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)****B-[3751].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[3751].11 Personelle Ausstattung**

Personal siehe Kapitel A 11.4. (z.B. MTRA).

Zusätzlich Personal der Praxis Tomczak.

B-[3751].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

weitere Radiologen sind über die Radiologie-Praxis beschäftigt.

B-[3751].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ54 - Radiologie
2	AQ44 - Nuklearmedizin

B-[3751].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-[3751].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 0

4,47 VK Medizinisch technische Radiologieassistenten/-assistentinnen am Klinikum angestellt plus zusätzliches Personal mit Arbeiteverhältnis mit Prof. Tomczak (Leiter des ambulanten Bereiches).

B-[3751].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[3751].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[3751].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

MTRA siehe A.11.4. plus Personal der Praxis Tomczak. (ambulante Untersuchungen)

B-[2600] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[2600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Belegabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Die Abteilung für **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO)** wird vom ortsansässigen Facharzt Herrn Dr. med. Gunther Gropper geführt. Seit April 2020 ist auch die HNO-Ärztin Dr. Friederike Zumbil belegärztlich am Klinikum Crailsheim tätig.

Damit ist eine enge Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung gewährleistet.

Das Fachgebiet der HNO umfasst Erkrankungen des Außen-, Mittel- und Innenohrs, der Nase und der Nasennebenhöhlen einschließlich der Schädelbasis sowie der oberen Atemwege mit Rachen, Kehlkopf und Speiseröhre. Des Weiteren beschäftigt sich das Fachgebiet der HNO mit allen Krankheiten, die das Gesicht und die Halsweichteile betreffen.

Das gesamte HNO-Spektrum wird erfasst und therapiert. Bei größeren operativen Eingriffen (z. B. Tumorleiden) profitieren wir von unseren Kooperationen mit den umliegenden Universitätskliniken. Das im Klinikum Crailsheim angebotene Spektrum reicht von Mund- und Rachenoperationen (Mandeln und Polypen) über **Ohrenoperationen** (Paukenröhrchen) bis hin zu aufwendigen **plastischen Eingriffen an der Nase** (Nasenscheidewandverkrümmung und Veränderungen der äußeren Nase) und **Nasennebenhöhlenoperationen**. Ein Teil der Eingriffe wird ambulant durchgeführt.

Des Weiteren werden Patientinnen und Patienten anderer Abteilungen des Klinikums Crailsheim diagnostisch und therapeutisch bei bspw. **Schwindel, akuten Hörstörungen, Erkrankungen der Halslymphknoten** sowie obstruktiven **Atemwegserkrankungen** mitbehandelt.

Die häufigsten Eingriffe bei Kindern sind Mandeloperationen, Polypentfernungen und gehörverbessernde Operationen. Erwachsene mit ausgeprägter Nasenatmungsbehinderung sowie Formveränderungen der Nase und chronischen **Nasennebenhöhlenentzündungen** werden ebenfalls auf operativem Wege versorgt.

In der HNO-Abteilung werden sämtliche akuten und chronischen Erkrankungen des Fachgebietes diagnostisch abgeklärt und behandelt. Aufgrund der Verzahnung zwischen Arztpraxis und Klinikum liegt der Schwerpunkt im Klinikum Crailsheim auf der operativen Versorgung.

B-[2600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2600 - Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[2600].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Belegarzt

Titel, Vorname, Name

Dr. med. Gunther Gropper

Telefon

07951 490 420

E-Mail

info@klinikum-crailsheim.de

Strasse

Gartenstr.

Hausnummer

21

PLZ

74564

Ort

Crailsheim

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Belegärztin

Titel, Vorname, Name

Dr. med. Friederike Zumbil

Telefon

07951 490 420

E-Mail

info@klinikum-crailsheim.de

Strasse

Gartenstr.

Hausnummer

21

PLZ

74564

Ort

Crailsheim



Dr. Gropper



Dr. Zumbil

B-[2600].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

Erläuterungen

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

B-[2600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich Diagnostik und Therapieeinleitung
2	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren Diagnostik und Therapieeinleitung
3	VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
4	VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
5	VH25 - Schnarchoperationen
6	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
7	VH21 - Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
8	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen Diagnostik und Therapieeinleitung

#	Medizinische Leistungsangebote
9	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
10	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
11	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
12	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
13	VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
14	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
15	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
16	VH13 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

B-[2600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	114
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J34.3	Hypertrophie der Nasenmuscheln	58
2	J34.2	Nasenseptumdeviation	53

B-[2600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	111

B-[2600].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	114
2	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	112
3	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	93
4	5-211.41	Inzision der Nase: Durchtrennung von Synechien: Mit Einnähen von Septumstützfolien	90
5	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	87
6	5-215.4	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Lateralisation	77
7	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	32
8	5-215.x	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Sonstige	24

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
9	5-214.70	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit lokalen autogenen Transplantaten (Austauschplastik)	7
10	5-214.7x	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Sonstige	5

B-[2600].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	188
2	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	114
3	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	112
4	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	105
5	5-211	Inzision der Nase	90
6	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	32
7	5-222	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle	4

B-[2600].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[2600].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2600].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	27
2	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	23
3	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiiell, transoral	20
4	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	14
5	5-215.4	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Lateralisation	4

B-[2600].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	32
2	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	25
3	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	20
4	5-200	Parazentese [Myringotomie]	16
5	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5
6	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	4

B-[2600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Ja
Stationäre BG-Zulassung	Ja

B-[2600].11 Personelle Ausstattung

B-[2600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	2	Fälle je VK/Person	57
--------	---	--------------------	----

B-[2600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ18 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

B-[2600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2600].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesamt	0,38	Fälle je VK/Person	300	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,38	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,38

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	0,08	Fälle je VK/Person	1425	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,08

Die HNO-Patienten werden auf der Station N2B vom Pflegepersonal betreut, welches auch die chirurgischen Patienten betreut.

B-[2600].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ20 - Praxisanleitung



Teil C

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

09/1 - Herzschrittmacher-Implantation

Fallzahl	76
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	76

09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	14
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	14

09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Fallzahl	10
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	10

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Fallzahl	20
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	20

09/5 - Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

Fallzahl	8
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	8

15/1 - Gynäkologische Operationen

Fallzahl	136
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	136

16/1 - Geburtshilfe

Fallzahl	625
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	625

17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Fallzahl	43
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	43

18/1 - Mammachirurgie

Fallzahl	7
----------	---

Dokumentationsrate 100

Anzahl Datensätze Standort 7

DEK - Dekubitusprophylaxe

Fallzahl 103

Dokumentationsrate 100

Anzahl Datensätze Standort 103

HEP - Hüftendoprothesenversorgung

Fallzahl 203

Dokumentationsrate 100

Anzahl Datensätze Standort 203

HEP_IMP - Zaehlleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation

Fallzahl 198

Dokumentationsrate 100

Anzahl Datensätze Standort 198

HEP_WE - Zaehlleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl 7

Dokumentationsrate 100

Anzahl Datensätze Standort 7

KEP - Knieendoprothesenversorgung

Fallzahl 136

Dokumentationsrate 100

Anzahl Datensätze Standort 136

KEP_IMP - Zaehlleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation

Fallzahl 133

Dokumentationsrate 100

Anzahl Datensätze Standort 133

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

Fallzahl 714

Dokumentationsrate 100

Anzahl Datensätze Standort 714

PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie

Fallzahl 426

Dokumentationsrate 100

Anzahl Datensätze Standort 426

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 101800

Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der</p>

Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 0,9
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 0,96
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	3,67
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 3,36 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2. Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

Ergebnis-ID	101802
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	53,31
Vertrauensbereich bundesweit	52,95 - 53,67
Rechnerisches Ergebnis	44,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	33,82 - 55,91
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	33

3. Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Ergebnis-ID	101803
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine

Fachlicher Hinweis IQTIG

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignol et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. • Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz150. • Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364. McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baum bach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,4
Vertrauensbereich bundesweit	96,26 - 96,54
Rechnerisches Ergebnis	95,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,75 - 98,61
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	71
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

4. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 51191

Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel</p>

von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,9 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 5,4
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,68
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 3,98 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

5. Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)

Ergebnis-ID	52139
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere

Fachlicher Hinweis IQTIG

Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel 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 Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geaedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Einheit	%
Bundesergebnis	88,41
Vertrauensbereich bundesweit	88,2 - 88,62
Rechnerisches Ergebnis	71,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	58,62 - 81,16
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	59
Beobachtete Ereignisse	42
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

6. Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.

Ergebnis-ID 52305

Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. 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 Standort ebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen.</p> <p>Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Einheit	%
Bundesergebnis	95,38
Vertrauensbereich bundesweit	95,3 - 95,46
Rechnerisches Ergebnis	94,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,39 - 97,05
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	186
Beobachtete Ereignisse	176
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

7. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers

Ergebnis-ID	52311
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-

grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,42
Vertrauensbereich bundesweit	1,34 - 1,51
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 4,93
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

8. Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt

Ergebnis-ID	54140
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere

Fachlicher Hinweis IQTIG

Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. • Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz150. • Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364

Einheit	%
Bundesergebnis	99,54
Vertrauensbereich bundesweit	99,49 - 99,59
Rechnerisches Ergebnis	97,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,82 - 99,55
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	38
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

9. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde,

ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	111801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,17
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 21,53
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 2,30 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
 Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

10. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Ergebnis-ID 52307

Leistungsbereich HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. 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-

Fachlicher Hinweis IQTIG

Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standort ebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. 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.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,64
Vertrauensbereich bundesweit	98,54 - 98,72
Rechnerisches Ergebnis	97,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,9 - 99,19
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	68
Beobachtete Ereignisse	66
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

11. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell).

Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	121800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

Fachlicher Hinweis IQTIG

mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,75
Vertrauensbereich bundesweit	0,6 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 27,75
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 3,10 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

12. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51404
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,19
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,36
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 129,35
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	10

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,02
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 5,04 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

13. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers

Ergebnis-ID	52315
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,7 - 1,17

Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 27,75
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

14. Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	131801
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht</p>

üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	0,83
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,87
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 1,54
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,07
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 2,53 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

15. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell).

Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	131802
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 1
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 16,11
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 2,50 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16. Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

Ergebnis-ID **131803**
HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines

Leistungsbereich	Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden
Fachlicher Hinweis IQTIG	Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	53,76
Vertrauensbereich bundesweit	53,05 - 54,48
Rechnerisches Ergebnis	31,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	15,36 - 53,99
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	6

17. Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen

Ergebnis-ID	50005
	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Leistungsbereich	Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie, zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz sowie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021, Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. • 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/ehz150. • Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash,

Fachlicher Hinweis IQTIG

IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364. • McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baum bach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368. • Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias

Einheit	%
Bundesergebnis	97,7
Vertrauensbereich bundesweit	97,49 - 97,9
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,89 - 100
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	20
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

18. Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Ergebnis-ID	50055
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

Fachlicher Hinweis IQTIG

mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Indikation zur Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.

Einheit	%
Bundesergebnis	91,97
Vertrauensbereich bundesweit	91,58 - 92,34
Rechnerisches Ergebnis	90
Vertrauensbereich Krankenhaus	69,9 - 97,21
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	18
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 90,00 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

19. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51186
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation,</p>

medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,16
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 34
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,09
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 6,01 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

20. Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird

Ergebnis-ID	52131
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des

Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Aggregatwechsel 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 Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. 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.

Einheit	%
Bundesergebnis	91,55
Vertrauensbereich bundesweit	91,22 - 91,86
Rechnerisches Ergebnis	66,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	47,82 - 81,36
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	18
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

21. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten

Ergebnis-ID

52316

Leistungsbereich

HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannt-ten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem

(Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010):

Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhaus-versorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,26
Vertrauensbereich bundesweit	96,11 - 96,4
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,58 - 100
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	56
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

22. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

Ergebnis-ID	52325
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z.

Fachlicher Hinweis IQTIG

B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 16,82
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	141800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,26
Vertrauensbereich bundesweit	0,18 - 0,38
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 32,44
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 3,80 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

24. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Ergebnis-ID	52321
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Aggregatwechsel 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 Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. 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.

Einheit

%

Bundesergebnis

98,92

Vertrauensbereich bundesweit	98,83 - 99
Rechnerisches Ergebnis	96,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,81 - 99,43
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	30
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

25. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme</p>

aufgefordert. Im Rahmen dieses
Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll
geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen
lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den
Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität
vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der
anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan.
QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von
Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu
diesem Indikator und die Bewertung der Qualität
werden an den G-BA, an die für die
Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an
die Landesverbände der Krankenkassen und die
Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften
weitergeleitet. Nähere Informationen zu den
planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter
folgendem Link zu finden: [https://www.g-
ba.de/richtlinien/91](https://www.g-ba.de/richtlinien/91) Aufgrund der mit dem
Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen
Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung
ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen
möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung
der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,15
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,27
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 10,72
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

26. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,3
Vertrauensbereich bundesweit	3,19 - 3,42
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 5,83
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	62
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 6,59 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID 60685

Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,73
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,81
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 11,7
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

28. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	612
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	89
Vertrauensbereich bundesweit	88,68 - 89,31
Rechnerisches Ergebnis	96,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,82 - 99,39
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	28
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 75,40 % (5. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29. Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

Ergebnis-ID	1058
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	

werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,22
Vertrauensbereich bundesweit	0,14 - 0,33
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 43,45
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben

Fachlicher Hinweis IQTIG

werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	0,81
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 6,07
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	442
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,63
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	

Referenzbereich	<= 2,96 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

31. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID 181801_181800

Leistungsbereich PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes KKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 181800

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten

Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die

Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis 0,81

Vertrauensbereich bundesweit 0,73 - 0,9

Rechnerisches Ergebnis 0

Vertrauensbereich Krankenhaus 0 - 12,6

Fallzahl

Grundgesamtheit 378

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 0,3

32. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der vaginal-operativen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID 181802_181800

Leistungsbereich PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</p>
Bundesergebnis	0,81
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 11,14
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	64
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,33

33. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182000_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	18,54
Vertrauensbereich bundesweit	18,37 - 18,71
Rechnerisches Ergebnis	14,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	9,6 - 20,99
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	146
Beobachtete Ereignisse	21

34. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182001_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EK _{ez}
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	45,71
Vertrauensbereich bundesweit	45,4 - 46,02
Rechnerisches Ergebnis	44,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	35,05 - 54,26
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	99
Beobachtete Ereignisse	44

35. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182002_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer

Fachlicher Hinweis IQTIG

Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,69
Vertrauensbereich bundesweit	3,61 - 3,78
Rechnerisches Ergebnis	2,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,84 - 5,4
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	186
Beobachtete Ereignisse	4

36. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182003_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

Fachlicher Hinweis IQTIG

Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar,

für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	20,97
Vertrauensbereich bundesweit	20,66 - 21,28
Rechnerisches Ergebnis	16,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	8,69 - 27,81
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	9

37. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182004_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

Fachlicher Hinweis IQTIG

Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von

Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	70,68
Vertrauensbereich bundesweit	70,41 - 70,95
Rechnerisches Ergebnis	77,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	68,64 - 84,84
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	99
Beobachtete Ereignisse	77

38. Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182005_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	6
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

Fachlicher Hinweis IQTIG

Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	92,67
Vertrauensbereich bundesweit	92,3 - 93,01
Rechnerisches Ergebnis	92,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	66,69 - 98,63
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	12

39. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden

Ergebnis-ID	182007_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EK _{ez}
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

Fachlicher Hinweis IQTIG

Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>
 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen

vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	75,1
Vertrauensbereich bundesweit	74,58 - 75,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

40. Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182009_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

Fachlicher Hinweis IQTIG

Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleich-bar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	43,84
Vertrauensbereich bundesweit	43,35 - 44,34
Rechnerisches Ergebnis	40
Vertrauensbereich Krankenhaus	19,82 - 64,25

Fallzahl

Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	6

41. Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein

Ergebnis-ID 330

Leistungsbereich PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS, QS-Planung

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel

Einheit	%
Bundesergebnis	96,53
Vertrauensbereich bundesweit	96,07 - 96,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

42. Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben

Ergebnis-ID 50045

Leistungsbereich PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS, QS-Planung

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Ja

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses

Fachlicher Hinweis IQTIG

Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die

Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,93
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,97
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,9 - 100
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	179
Beobachtete Ereignisse	179
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben

werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an

Fachlicher Hinweis IQTIG

die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,96 - 3,7
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	603
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	4,23
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 2,32
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

44. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	51831
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 49,79
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,06
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 3,94 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

45. Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID

52249

Leistungsbereich

PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere

Fachlicher Hinweis IQTIG

Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,9 - 1,15
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	620
Beobachtete Ereignisse	177
Erwartete Ereignisse	173,65
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 1,24 (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

46. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54033
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	1,07 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	1,5
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,79 - 2,57
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	35
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	5,32
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 2,36 (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

47. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54046
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</p> <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem</p>

Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 2,61
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,35

48. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Ergebnis-ID 54050

Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere

Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,54
Vertrauensbereich bundesweit	97,4 - 97,67
Rechnerisches Ergebnis	94,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,86 - 98,46

Fallzahl

Grundgesamtheit	36
Beobachtete Ereignisse	34

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

49. Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen

Ergebnis-ID	211800
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z.

Fachlicher Hinweis IQTIG

B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	99,46
Vertrauensbereich bundesweit	99,4 - 99,52
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 97,41 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

50. Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde

Ergebnis-ID	50719
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	4,17
Vertrauensbereich bundesweit	3,67 - 4,74
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

51. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

Ergebnis-ID	51370
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z.

Fachlicher Hinweis IQTIG

B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	2,54
Vertrauensbereich bundesweit	2,41 - 2,68
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 43,45
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 9,52 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

52. Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt

Ergebnis-ID	51846
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,1
Vertrauensbereich bundesweit	97,99 - 98,19
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

53. Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden

Ergebnis-ID	60659
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst

Fachlicher Hinweis IQTIG

als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	10,67
Vertrauensbereich bundesweit	10,42 - 10,92
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 43,45
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 22,48 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

54. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	0
Vertrauensbereich bundesweit	0 - 0
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 0,04
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	8670
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben

Ergebnis-ID 521800

Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</p> <p>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus so wohl nach der WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“. Eine vermutete tiefe Gewebeschädigung kann daher als Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet dokumentiert worden sein.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 0,04
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	8670

Beobachtete Ereignisse 0

56. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Ergebnis-ID 521801

Leistungsbereich DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

Fachlicher Hinweis IQTIG

Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit %

Bundesergebnis 0,06

Vertrauensbereich bundesweit 0,06 - 0,06

Rechnerisches Ergebnis 0

Vertrauensbereich Krankenhaus 0 - 0,04

Fallzahl

Grundgesamtheit 8670

Beobachtete Ereignisse 0

57. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus

medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54001
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	97,65
Vertrauensbereich bundesweit	97,57 - 97,72
Rechnerisches Ergebnis	92,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,35 - 95,86
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	150
Beobachtete Ereignisse	139
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

58. Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54002
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	92,06
Vertrauensbereich bundesweit	91,65 - 92,45
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,57 - 100
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	7

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

59. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Ergebnis-ID	54004
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	97,09
Vertrauensbereich bundesweit	97,01 - 97,17
Rechnerisches Ergebnis	97,3
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,26 - 98,94

Fallzahl

Grundgesamtheit	148
Beobachtete Ereignisse	144

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

60. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54012
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten,

Fachlicher Hinweis IQTIG

dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	1,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,52 - 2,39
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	183
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	5,33
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 2,56 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

Ergebnis-ID	54013
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,04 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 2,83
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	132
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

62. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	54016
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,44
Vertrauensbereich bundesweit	1,39 - 1,5
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 2,5
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	150
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 6,67 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

63. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID 54017

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	7,48
Vertrauensbereich bundesweit	7,08 - 7,9
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 43,45
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 19,43 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

64. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)

Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	4,69
Vertrauensbereich bundesweit	4,53 - 4,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 11,11 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	S92
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

65. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54020
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	97,97
Vertrauensbereich bundesweit	97,89 - 98,05
Rechnerisches Ergebnis	95,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,46 - 98,18
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	118
Beobachtete Ereignisse	113
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 90,00 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

66. Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54021
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	97,52
Vertrauensbereich bundesweit	97,31 - 97,72
Rechnerisches Ergebnis	93,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,18 - 98,81
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	15

Beobachtete Ereignisse	14
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

67. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54028
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier</p>

betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,22
Vertrauensbereich bundesweit	1,15 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 8,07
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	136
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,46
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 5,66 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

68. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	54124
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst

Fachlicher Hinweis IQTIG

als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 2,81
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	133
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 4,20 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

69. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

Ergebnis-ID	54127
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung

Fachlicher Hinweis IQTIG

ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 2,79
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	134
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

70. Keine Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Ergebnis-ID	222000_50062
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden
Fachlicher Hinweis IQTIG	Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,86 - 1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

71. Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Ergebnis-ID	222001_50062
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer

Fachlicher Hinweis IQTIG

Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,17
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

72. Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Ergebnis-ID	222002_50062
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar,

Fachlicher Hinweis IQTIG

für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>
Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,4
Vertrauensbereich bundesweit	1,28 - 1,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

73. Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50050
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>
Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum

Fachlicher Hinweis IQTIG

Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“

Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

74. Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut der Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50052
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“

Bundesergebnis	1,1
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

75. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50053
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

76. Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50060
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Ja

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 2,47 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

77. Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50062
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des</p>

Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 2,31 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

78. Ein Hörtest wurde durchgeführt

Ergebnis-ID	50063
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder

auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,3
Vertrauensbereich bundesweit	98,21 - 98,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

79. Sehr kleine Frühgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50069
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können

Fachlicher Hinweis IQTIG

unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 2,55 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

80. Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	51076
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse

Fachlicher Hinweis IQTIG

ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“

Einheit	%
Bundesergebnis	2,81
Vertrauensbereich bundesweit	2,47 - 3,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

81. Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	51078
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und

Fachlicher Hinweis IQTIG

ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“

Einheit	%
Bundesergebnis	3,67
Vertrauensbereich bundesweit	3,13 - 4,3
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

82. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	51079
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

Fachlicher Hinweis IQTIG

Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“

Einheit	%
Bundesergebnis	5,4
Vertrauensbereich bundesweit	4,85 - 6,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

83. Frühgeborene, die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	51136_51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

Fachlicher Hinweis IQTIG

Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>

Bundesergebnis	1,12
Vertrauensbereich bundesweit	1 - 1,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

84. Frühgeborene, die eine schwerwiegende Hirnblutung hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	51141_51901
--------------------	--------------------

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</p>
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

85. Frühgeborene, die eine eine schwerwiegende Schädigung des Darms hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	51146_51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>

Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

86. Frühgeborene, die eine schwerwiegende Schädigung der Lunge hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	51156_51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,1
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

87. Frühgeborene, die eine schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden

individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	51161_51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</p>
Bundesergebnis	1,28
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

88. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	51832
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,57
Vertrauensbereich bundesweit	3,19 - 3,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

89. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	51837
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Bundesergebnis	1,12
Vertrauensbereich bundesweit	1 - 1,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

90. Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	51838
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“

Einheit	%
Bundesergebnis	1,93
Vertrauensbereich bundesweit	1,67 - 2,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

91. Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	51843
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen

Fachlicher Hinweis IQTIG

können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>
 Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“

Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

92. Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum

Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühgeborene zwischen 24+0 und 32+0 Schwangerschaftswochen (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Lenzen oft keine verlässliche Ermittlung der

Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008).

Bundesergebnis 1,04
 Vertrauensbereich bundesweit 0,97 - 1,1
 Vertrauensbereich Krankenhaus -

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators
 Referenzbereich <= 2,29 (95. Perzentil)

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr N01
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

93. Wachstum des Kopfes

Ergebnis-ID 52262
 Leistungsbereich PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
 Art des Wertes QI
 Bezug zum Verfahren DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit %
 Bundesergebnis 10,06

Vertrauensbereich bundesweit	9,54 - 10,6
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 21,90 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

94. Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich.

Ergebnis-ID	56000
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p>

	https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	61,88
Vertrauensbereich bundesweit	61,68 - 62,08
Rechnerisches Ergebnis	49,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	41,09 - 57,51
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	140
Beobachtete Ereignisse	69
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 36,30 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

95. Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten

Ergebnis-ID	56001
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von</p>

Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Einheit	%
Bundesergebnis	29,94
Vertrauensbereich bundesweit	29,74 - 30,15
Rechnerisches Ergebnis	32,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	25,32 - 41,09
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	134
Beobachtete Ereignisse	44
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 44,87 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

96. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	56003
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation,

Fachlicher Hinweis IQTIG

medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Einheit	%
Bundesergebnis	74,55
Vertrauensbereich bundesweit	74,09 - 75,01
Rechnerisches Ergebnis	83,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	68,2 - 93,57
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	26
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 63,22 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

97. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56005
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten

Fachlicher Hinweis IQTIG

individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Bundesergebnis

0,9

Vertrauensbereich bundesweit

0,89 - 0,91

Rechnerisches Ergebnis	0,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,37 - 0,78
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	417
Beobachtete Ereignisse	29
Erwartete Ereignisse	52,92
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 1,60 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

98. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56006
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,9 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 1,08
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	8,78
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 1,14 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

99. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID **56007**

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,4 - 0,8
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	301
Beobachtete Ereignisse	32
Erwartete Ereignisse	56
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 1,54 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

100. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

Ergebnis-ID	56008
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder

Fachlicher Hinweis IQTIG

auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von

Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den

Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere

Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen

können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Einheit	%
Bundesergebnis	0,24
Vertrauensbereich bundesweit	0,23 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 0,33
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	759
Beobachtete Ereignisse	0
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 0,25 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

101. Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde

Ergebnis-ID	56009
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist

Fachlicher Hinweis IQTIG

zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Einheit	%
Bundesergebnis	4,76
Vertrauensbereich bundesweit	4,7 - 4,82
Rechnerisches Ergebnis	17,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	14,31 - 21,63
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	417
Beobachtete Ereignisse	74
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 7,60 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

102. Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde

Ergebnis-ID	56010
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen

von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Einheit	%
Bundesergebnis	18,19
Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 18,68
Rechnerisches Ergebnis	14,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,35 - 27,7
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	6
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 24,94 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

103. Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel

Ergebnis-ID	56011
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	11,14
Vertrauensbereich bundesweit	11,03 - 11,26
Rechnerisches Ergebnis	27,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	22,45 - 32,47
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	301
Beobachtete Ereignisse	82
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	

Referenzbereich	<= 19,27 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

104. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Ergebnis-ID	56014
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	93,25
Vertrauensbereich bundesweit	93 - 93,49

Rechnerisches Ergebnis	93,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,27 - 98,09
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	42
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 93,26 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

105. Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen

Ergebnis-ID	56016
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen</p>

können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Einheit	%
Bundesergebnis	95,07
Vertrauensbereich bundesweit	94,99 - 95,16
Rechnerisches Ergebnis	98,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,35 - 99,35
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	297
Beobachtete Ereignisse	292
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 93,53 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

106. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID

2005

Leistungsbereich

CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische->

grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	99,13
Vertrauensbereich bundesweit	99,09 - 99,16
Rechnerisches Ergebnis	99,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,63 - 99,96
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	410
Beobachtete Ereignisse	409
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

107. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>
 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	99,16
Vertrauensbereich bundesweit	99,13 - 99,2
Rechnerisches Ergebnis	99,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,62 - 99,96
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	407
Beobachtete Ereignisse	406

108. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	2009
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-

grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	90,98
Vertrauensbereich bundesweit	90,82 - 91,14
Rechnerisches Ergebnis	85,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	78,52 - 89,97
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	148
Beobachtete Ereignisse	126
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

109. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen

Ergebnis-ID

2013

Leistungsbereich

CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere

Fachlicher Hinweis IQTIG

Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	92,44
Vertrauensbereich bundesweit	92,29 - 92,59
Rechnerisches Ergebnis	89,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,63 - 93,63
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	145
Beobachtete Ereignisse	130
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

110. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist

Ergebnis-ID	2028
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z.

Fachlicher Hinweis IQTIG

B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,55
Vertrauensbereich bundesweit	96,47 - 96,63
Rechnerisches Ergebnis	98,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,73 - 99,5
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	310
Beobachtete Ereignisse	306
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

111. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren

Ergebnis-ID	2036
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und

Fachlicher Hinweis IQTIG

ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,78
Vertrauensbereich bundesweit	98,74 - 98,83
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	98,76 - 100

Fallzahl

Grundgesamtheit	306
Beobachtete Ereignisse	306

112. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID 231900

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse

Fachlicher Hinweis IQTIG

bei. Die davon zu unterscheidenden
 Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar,
 für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber
 dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von
 Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen
 können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>
 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH
 zu DeQS verbundenen Änderung der
 Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine
 Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich.
 Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der
 Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	17,66
Vertrauensbereich bundesweit	17,46 - 17,85
Rechnerisches Ergebnis	20,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	15,47 - 27,75
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	167
Beobachtete Ereignisse	35

113. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID 232000_2005

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 2005

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

Fachlicher Hinweis IQTIG

Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber

dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>
Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,9
Vertrauensbereich bundesweit	98,85 - 98,95
Rechnerisches Ergebnis	99,4
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,69 - 99,89
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	167
Beobachtete Ereignisse	166

114. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232001_2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>
Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,95
Vertrauensbereich bundesweit	98,89 - 99
Rechnerisches Ergebnis	99,4
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,67 - 99,89
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	166
Beobachtete Ereignisse	165

115. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	232003_2009
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2009

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>
 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	66,88
Vertrauensbereich bundesweit	66,7 - 67,06
Rechnerisches Ergebnis	55,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	50,59 - 60,47
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	385
Beobachtete Ereignisse	214

116. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232004_2013
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2013

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

Fachlicher Hinweis IQTIG

Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>
 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der

Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	92,77
Vertrauensbereich bundesweit	92,56 - 92,97
Rechnerisches Ergebnis	91,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,06 - 95,89
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	68
Beobachtete Ereignisse	62

117. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID 232005_2028

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 2028

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

Fachlicher Hinweis IQTIG

Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich.
Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	95,74
Vertrauensbereich bundesweit	95,61 - 95,86
Rechnerisches Ergebnis	97,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,67 - 99,12
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	116
Beobachtete Ereignisse	113

118. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232006_2036
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2036

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

Fachlicher Hinweis IQTIG

Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich.

Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,58 - 98,73
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,71 - 100

Fallzahl

Grundgesamtheit	113
Beobachtete Ereignisse	113

119. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 232007_50778

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 50778

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,09 - 1,85
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	388
Beobachtete Ereignisse	48
Erwartete Ereignisse	33,61

120. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	232008_231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und

Fachlicher Hinweis IQTIG

ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	18,18
Vertrauensbereich bundesweit	18,04 - 18,31
Rechnerisches Ergebnis	14,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	11,54 - 18,38
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	410
Beobachtete Ereignisse	60

121. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232009_50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer

Fachlicher Hinweis IQTIG

Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,66
Vertrauensbereich bundesweit	96,57 - 96,75
Rechnerisches Ergebnis	97,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,93 - 99,05

Fallzahl

Grundgesamtheit	165
Beobachtete Ereignisse	161

122. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde

Ergebnis-ID	232010_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden

Fachlicher Hinweis IQTIG

Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,74 - 1,59
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	239
Beobachtete Ereignisse	23
Erwartete Ereignisse	21,05

123. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID	50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit

%

Bundesergebnis

96,72

Vertrauensbereich bundesweit

96,66 - 96,78

Rechnerisches Ergebnis

98,77

Vertrauensbereich Krankenhaus

97,14 - 99,47

Fallzahl

Grundgesamtheit

405

Beobachtete Ereignisse

400

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

>= 95,00 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

124. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Ergebnis-ID

50778

Leistungsbereich

CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische->

Fachlicher Hinweis IQTIG

grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	1 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,38 - 2,8
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	149
Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	12,56
<i>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</i>	
Referenzbereich	<= 2,01 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

125. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51808_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber

Fachlicher Hinweis IQTIG

dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>

Bundesergebnis	1,4
Vertrauensbereich bundesweit	1,24 - 1,58
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 25,32
<i>Fallzahl</i>	
Grundgesamtheit	603
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,15

126. Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51813_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0 - 3,12

Fallzahl

Grundgesamtheit	603
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,22

127. Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 51818_51803

Leistungsbereich PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes KKez

Bezug zum Verfahren DeQS, QS-Planung

Sortierung 3

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 51803

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept>

Bundesergebnis	0,9
Vertrauensbereich bundesweit	0,86 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	3,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,77 - 8,35

Fallzahl

Grundgesamtheit	598
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	1,55

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

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden

Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden

Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

#	Leistungsbereich	Auswahl
1	Universelles Neugeborenen-Hörscreening ([Baden-Württemberg])	Ja

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erbrachte Menge 118

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Leistungsberechtigung im Prognosejahr Ja
 Prüfung durch Landesverbände Ja
 Leistungsmenge im Berichtsjahr 118
 Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres 137
 Ausnahmetatbestand Nein
 Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden Nein

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und

Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten,

die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen 39

Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1

Nummer 1 SGB V" unterliegen

- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen 35
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben 35

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Geriatrie - A1 Zentrum für Altersmedizin - Tagschicht	100 %
2	Geriatrie - A1 Zentrum für Altersmedizin - Nachtschicht	100 %
3	Innere Medizin - A1 Zentrum für Altersmedizin - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - N2A - Tagschicht	100 %
5	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - N2A - Nachtschicht	100 %
6	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie - N2B - Tagschicht	100 %
7	Allgemeine Chirurgie - N2B - Nachtschicht	100 %
8	Innere Medizin - N3A Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie - Tagschicht	100 % 14 Betten geschlossen; Anzahl aufgestellte Betten in Tabelle reduziert
9	Innere Medizin - N3A Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie - Nachtschicht	100 % 14 Betten geschlossen; Anzahl aufgestellte Betten in Tabelle reduziert
10	Innere Medizin, Kardiologie - N3B Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie - Tagschicht	100 %
11	Innere Medizin, Kardiologie - N3B Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie - Nachtschicht	100 %
12	Kardiologie - NIMC - Tagschicht	100 %
13	Kardiologie - NIMC - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Geriatrie - A1 Zentrum für Altersmedizin - Tagschicht	100 %
2	Geriatrie - A1 Zentrum für Altersmedizin - Nachtschicht	100 %
3	Innere Medizin - A1 Zentrum für Altersmedizin - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - N2A - Tagschicht	93,11 %
5	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - N2A - Nachtschicht	96,11 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
6	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie - N2B - Tagschicht	91,62 %
7	Allgemeine Chirurgie - N2B - Nachtschicht	97,31 %
8	Innere Medizin - N3A Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie - Tagschicht	100 % 14 Betten geschlossen; Anzahl aufgestellte Betten in Tabelle reduziert
9	Innere Medizin - N3A Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie - Nachtschicht	100 % 14 Betten geschlossen; Anzahl aufgestellte Betten in Tabelle reduziert
10	Innere Medizin, Kardiologie - N3B Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie - Tagschicht	92,22 %
11	Innere Medizin, Kardiologie - N3B Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie - Nachtschicht	100 %
12	Kardiologie - NIMC - Tagschicht	100 %
13	Kardiologie - NIMC - Nachtschicht	100 %