

# Qualitätsbericht 2016

Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall gGmbH

Haus der Zentralversorgung

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg



## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	2
A-0 Fachabteilungen .....	2
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	8
A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts .....	9
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers .....	11
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	12
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	12
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	12
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	15
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit .....	17
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	18
A-8.1 Forschung und akademische Lehre .....	18
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen .....	18
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus .....	19
A-10 Gesamtfallzahlen .....	19
A-11 Personal des Krankenhauses .....	19
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen .....	19
A-11.2 Pflegepersonal .....	19
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik .....	20
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal .....	20
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	21

A-12.1	Qualitätsmanagement .....	21
A-12.2	Klinisches Risikomanagement .....	22
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte .....	26
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement .....	31
A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	33
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	34
B-[1]	Innere Medizin I - Klinik für Kardiologie, Angiologie, Zentrum für Herzrhythmusstörungen .....	34
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	34
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	35
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	36
B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	36
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	36
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	37
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	38
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	38
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	39
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	39
B-[1].11	Personelle Ausstattung .....	40
B-[2]	Innere Medizin II - Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie, Infektionskrankheiten .....	42
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	42
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	43
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	44

B-[2].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	45
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	45
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	45
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	46
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	47
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	47
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	47
B-[2].11	Personelle Ausstattung .....	48
B-[3]	Innere Medizin III - Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin .....	51
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	51
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	52
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	52
B-[3].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	53
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	53
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	53
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	54
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	55
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	55
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	56
B-[3].11	Personelle Ausstattung .....	56
B-[4]	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin .....	59
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	59
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	62

B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	62
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	63
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	64
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	65
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	65
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	66
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	67
B-[4].11	Personelle Ausstattung .....	67
B-[5]	Chirurgische Klinik I - Allgemein- und Viszeralchirurgie .....	69
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	69
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	71
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	71
B-[5].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	71
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	72
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	72
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	73
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	74
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	74
B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	74
B-[5].11	Personelle Ausstattung .....	75
B-[6]	Chirurgische Klinik II - Unfallchirurgie .....	78
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	78
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	80

B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	80
B-[6].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	81
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	81
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	82
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	82
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	83
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	84
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	84
B-[6].11	Personelle Ausstattung .....	85
B-[7]	Orthopädie und Endoprothetik .....	87
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	87
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	88
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	88
B-[7].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	89
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	89
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	90
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	90
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	91
B-[7].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	91
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	91
B-[7].11	Personelle Ausstattung .....	92
B-[8]	Chirurgische Klinik III - Plastische, Ästhetische und Handchirurgie .....	94
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	94

B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	96
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	96
B-[8].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	96
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	97
B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	97
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	97
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	98
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	98
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	99
B-[8].11	Personelle Ausstattung .....	99
B-[9]	Chirurgische Klinik IV - Gefäßchirurgie .....	102
B-[9].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	102
B-[9].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	103
B-[9].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	103
B-[9].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	104
B-[9].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	104
B-[9].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	104
B-[9].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	105
B-[9].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	106
B-[9].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	106
B-[9].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	106
B-[9].11	Personelle Ausstattung .....	108
B-[10]	Klinik für Neurologie und Gerontoneurologie .....	110

B-[10].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	110
B-[10].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	112
B-[10].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	112
B-[10].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	113
B-[10].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	113
B-[10].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	114
B-[10].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	114
B-[10].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	115
B-[10].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	115
B-[10].11	Personelle Ausstattung .....	115
B-[11]	Urologische Klinik .....	118
B-[11].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	118
B-[11].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	120
B-[11].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	120
B-[11].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	120
B-[11].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	121
B-[11].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	121
B-[11].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	122
B-[11].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	123
B-[11].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	123
B-[11].11	Personelle Ausstattung .....	123
B-[12]	Neurochirurgische Klinik .....	126
B-[12].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	126
B-[12].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	128

B-[12].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	128
B-[12].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	128
B-[12].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	129
B-[12].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	129
B-[12].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	130
B-[12].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	130
B-[12].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	130
B-[12].11	Personelle Ausstattung .....	130
B-[13]	Frauenklinik .....	133
B-[13].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	133
B-[13].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	135
B-[13].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	136
B-[13].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	136
B-[13].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	137
B-[13].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	137
B-[13].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	139
B-[13].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	139
B-[13].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	140
B-[13].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	141
B-[13].11	Personelle Ausstattung .....	141
B-[14]	Hals-Nasen-Ohrenklinik .....	144
B-[14].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	144
B-[14].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	145

B-[14].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	146
B-[14].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	146
B-[14].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	147
B-[14].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	147
B-[14].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	147
B-[14].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	148
B-[14].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	148
B-[14].11	Personelle Ausstattung .....	148
B-[15]	Augenklinik .....	151
B-[15].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	151
B-[15].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	152
B-[15].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	152
B-[15].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	152
B-[15].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	153
B-[15].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	153
B-[15].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	153
B-[15].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	153
B-[15].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	153
B-[15].11	Personelle Ausstattung .....	154
B-[16]	Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie .....	155
B-[16].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	155
B-[16].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	156
B-[16].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	156
B-[16].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	157

B-[16].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	157
B-[16].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	158
B-[16].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	158
B-[16].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	158
B-[16].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	159
B-[16].11	Personelle Ausstattung .....	159
B-[17]	Nuklearmedizinische Klinik .....	162
B-[17].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	162
B-[17].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	163
B-[17].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	163
B-[17].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	163
B-[17].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	164
B-[17].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	164
B-[17].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	164
B-[17].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	165
B-[17].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	165
B-[17].11	Personelle Ausstattung .....	165
B-[18]	Strahlentherapeutische Klinik .....	167
B-[18].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	167
B-[18].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	168
B-[18].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	168
B-[18].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	169
B-[18].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	169
B-[18].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	169

B-[18].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	170
B-[18].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	170
B-[18].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	170
B-[18].11	Personelle Ausstattung .....	170
B-[19]	Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie .....	172
B-[19].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	172
B-[19].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	173
B-[19].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	174
B-[19].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	174
B-[19].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	174
B-[19].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	175
B-[19].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	175
B-[19].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	175
B-[19].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	176
B-[19].11	Personelle Ausstattung .....	176
B-[20]	Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie .....	178
B-[20].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	178
B-[20].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	180
B-[20].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	181
B-[20].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	181
B-[20].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	181
B-[20].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	181
B-[20].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	182
B-[20].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	182

B-[20].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	182
B-[20].11	Personelle Ausstattung .....	183
B-[21]	Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie .....	185
B-[21].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	185
B-[21].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	186
B-[21].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	187
B-[21].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	187
B-[21].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	188
B-[21].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	188
B-[21].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	189
B-[21].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	189
B-[21].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	189
B-[21].11	Personelle Ausstattung .....	189
B-[22]	Therapiezentrum am DIAK (Physiotherapie-Ergotherapie-Logopädie) .....	191
B-[22].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	191
B-[22].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	193
B-[22].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	193
B-[23]	Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin .....	194
B-[23].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	194
B-[23].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	196
B-[23].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	196
B-[23].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	196
B-[23].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	196
B-[23].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	197

B-[23].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	197
B-[23].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	197
B-[23].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	197
B-[23].11	Personelle Ausstattung .....	197
B-[24]	Apotheke/ Pharmakologie .....	199
B-[24].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	199
C	Qualitätssicherung .....	201
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	201
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	201
C-1.2	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL .....	202
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	298
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	298
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung ..	298
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	302
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V .....	302
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	302

## Einleitung

Das Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall bietet als Haus der Zentralversorgung umfassende medizinische Versorgung für die Region Schwäbisch Hall/Hohenlohe. In dieser Region, die ein Einzugsgebiet von fast 300.000 Einwohnern umfasst, ist das Diakonie-Klinikum mit 492 Planbetten das größte und vielseitigste medizinische Zentrum. Über 1.300 Mitarbeiter sorgen auf Stationen, in den Operationssälen oder Funktionsbereichen sowie in Hauswirtschaft, Technik und Verwaltung für die optimale Versorgung der Patienten.

Ein besonderes Kennzeichen des Diakonie-Klinikums ist das breitgefächerte Leistungsangebot. 26 Fachabteilungen und Institute bieten ein weites Spektrum an medizinischer Kompetenz und Erfahrung. Die einzelnen Abteilungen sind eng vernetzt, so dass die Patienten bei Bedarf von der schnellen und bewährten Zusammenarbeit der unterschiedlichen medizinischen Experten profitieren.

Das Krankenhaus arbeitet auf der Grundlage des christlichen Menschenbildes. In der Verantwortung vor Gott behandeln wir jeden Kranken mit besonderem Respekt. Es ist unsere Aufgabe, mit den Mitteln der modernen Medizin Krankheiten zu heilen, Schmerzen zu lindern und unheilbar Kranke zu begleiten. Dabei geht unser Verständnis über die akute Erkrankung hinaus und bezieht die besondere Situation der Betroffenen mit ihren Fragen und Ängsten ein. Patienten und Angehörige, Ärzte und Pflegekräfte werden von den Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes, von Seelsorgern und Ehrenamtlichen unterstützt.

Freilich unterliegt auch das Diakonie-Klinikum den Regeln und Grenzen der modernen Medizin und Ökonomie. Die Krankenhausaufenthalte sind in der Regel optimal organisiert, um den Patienten bald in sein vertrautes Umfeld entlassen zu können. Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten hat große Bedeutung. Sämtliche Arbeitsbereiche des Krankenhauses müssen mit ihren begrenzten Kapazitäten an Räumen, Geräten und Personal Monat für Monat eine hohe Zahl von Kranken versorgen, die im Laufe der Jahre kontinuierlich gewachsen ist. Qualitätsmanagementsysteme in zentralen Bereichen des Krankenhauses helfen, Fehler frühzeitig zu erkennen und ihre Auswirkungen zu begrenzen. Wichtige Bereiche sind entsprechend zertifiziert (siehe dazu die Ausführung in den einzelnen Kapiteln). Die medizinischen Geräte werden regelmäßig erneuert. Dadurch bleiben die Behandlungsangebote kontinuierlich auf dem neuesten Stand.

Hinsichtlich der Ausbildung und Weiterbildung spielt das Diakonie-Klinikum eine wichtige Rolle in der Region. So besteht neben der Krankenpflegeschule eine Weiterbildungsstätte. Sie bietet verschiedene Fachweiterbildungen für Pflegekräfte (z.B. Intensivpflege und Anästhesie, Stationsleitung) und spezifische Ausbildungen (z.B. für Operationstechnische Assistenten) an, die auch von zahlreichen Teilnehmern aus umliegenden Krankenhäusern oder Einrichtungen in Anspruch genommen werden.

Das Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall wird mit erheblichen Fördermitteln des Landes Baden-Württemberg in mehreren Abschnitten neu gebaut. In 2013-2014 entstand die neue Kinderklinik. 2015-2018 wird das zentrale Bettenhaus mit Endoskopie, kardiologischer und neurologischer Funktionsdiagnostik sowie Küche, Cafeteria, Labor und Apotheke errichtet.

Wir danken der Landesregierung für die Förderung des Krankenhausneubaus und der Stadt Schwäbisch Hall für die tatkräftige Unterstützung der Weiterentwicklung des Krankenhauses.

Unserer besonderer Dank gilt unseren Beschäftigten für ihren oft anstrengenden und bisweilen aufopferungsvollen Einsatz für die Kranken.

Pfarrer Hans-Joachim Lenke                      Dr. Frank Mau  
Geschäftsführer Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall gGmbH

## Verantwortliche:

**Verantwortlicher:** **Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung**

**Name/Funktion:** Michael Kilb, Vorsitzender der Geschäftsführung

**Telefon:** 0791 753 2040

**Fax:** 0791 753 9992040

**E-Mail:** michael.kilb@dasdiak.de

**Verantwortlicher:** **Für die Erstellung des Qualitätsberichts**

**Name/Funktion:** Martina Möck, Leitung Medizincontrolling

**Telefon:** 0791 753 4008

**Fax:** 0791 753 9994008

**E-Mail:** martina.moeck@dasdiak.de

## Links:

**Link zur Homepage des Krankenhauses:**

<http://www.dasdiak-klinikum.de>

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### A-0 Fachabteilungen

	Abteilungsart	Schlüssel	Fachabteilung
1	Hauptabteilung	0103	Innere Medizin I - Klinik für Kardiologie, Angiologie, Zentrum für Herzrhythmusstörungen
2	Hauptabteilung	0107	Innere Medizin II - Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie, Infektionskrankheiten
3	Hauptabteilung	0105	Innere Medizin III - Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin
4	Hauptabteilung	1000	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
5	Hauptabteilung	2000	Chirurgische Klinik I - Allgemein- und Viszeralchirurgie
6	Hauptabteilung	1600	Chirurgische Klinik II - Unfallchirurgie
7	Hauptabteilung	1690	Orthopädie und Endoprothetik
8	Hauptabteilung	1900	Chirurgische Klinik III - Plastische, Ästhetische und Handchirurgie
9	Hauptabteilung	1800	Chirurgische Klinik IV - Gefäßchirurgie
10	Hauptabteilung	2800	Klinik für Neurologie und Gerontoneurologie
11	Hauptabteilung	2200	Urologische Klinik
12	Belegabteilung	1700	Neurochirurgische Klinik

	Abteilungsart	Schlüssel	Fachabteilung
13	Hauptabteilung	2400	Frauenklinik
14	Belegabteilung	2600	Hals-Nasen-Ohrenklinik
15	Belegabteilung	2700	Augenklinik
16	Hauptabteilung	3100	Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
17	Belegabteilung	3200	Nuklearmedizinische Klinik
18	Nicht-Bettenführend	3300	Strahlentherapeutische Klinik
19	Belegabteilung	3500	Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
20	Nicht-Bettenführend	3700	Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
21	Nicht-Bettenführend	3751	Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie
22	Nicht-Bettenführend	3754	Therapiezentrum am DIAK (Physiotherapie-Ergotherapie-Logopädie)
23	Nicht-Bettenführend	3790	Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin
24	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit	3791	Apotheke/ Pharmakologie

Versorgungsschwerpunkt	Teilnehmende Fachabteilung	Bemerkung
Adipositaszentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgische Klinik I: Allgemein- und Viszeralchirurgie</li> <li>• Chirurgische Klinik III: Plastische, Ästhetische und Handchirurgie</li> <li>• Innere Medizin II: Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie, Infektionskrankheiten</li> <li>• Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</li> <li>• Therapiezentrum am Diak</li> </ul>	
Zentrum für Alterstraumatologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgische Klinik II: Unfallchirurgie</li> <li>• Geriatrischer Schwerpunkt</li> <li>• Therapiezentrum am Diak</li> <li>• Klinik für Altersmedizin Crailsheim</li> <li>• Therapiezentrum Crailsheim</li> </ul>	Kooperatives Zentrum für Alterstraumatologie am Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall und Landkreis-Klinikum Crailsheim; Zertifizierung 2017 geplant

Versorgungsschwerpunkt	Teilnehmende Fachabteilung	Bemerkung
Ambulantes OP-Zentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chirurgische Klinik I: Allgemein- und Viszeralchirurgie</li> <li>● Chirurgische Klinik II: Unfallchirurgie</li> <li>● Chirurgische Klinik IV: Gefäßchirurgie</li> <li>● Neurochirurgische Klinik</li> <li>● Urologische Klinik</li> <li>● Frauenklinik</li> <li>● Hals-Nasen-Ohrenklinik</li> <li>● Augenklinik</li> <li>● Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie</li> </ul>	
Bauchzentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Innere Medizin II: Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie, Infektionskrankheiten</li> <li>● Chirurgische Klinik I: Allgemein- und Viszeralchirurgie</li> <li>● Innere Medizin III: Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin</li> <li>● Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie</li> <li>● Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin</li> <li>● Apotheke/Pharmakologie</li> </ul>	
Brustkrebszentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Frauenklinik</li> <li>● Innere Medizin III: Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin</li> <li>● Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</li> <li>● Nuklearmedizinische Klinik</li> <li>● Strahlentherapeutische Klinik</li> <li>● Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie</li> <li>● Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie</li> <li>● Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin</li> <li>● Apotheke/Pharmakologie</li> <li>● Therapiezentrum am Diak</li> </ul>	Das Brustzentrum ist zertifiziert nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft und nach DIN EN ISO 9001:2008

Versorgungsschwerpunkt	Teilnehmende Fachabteilung	Bemerkung
Darmkrebszentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chirurgische Klinik I: Allgemein- und Viszeralchirurgie</li> <li>● Innere Medizin III: Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin</li> <li>● Innere Medizin II: Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie, Infektionskrankheiten</li> <li>● Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</li> <li>● Nuklearmedizinische Klinik</li> <li>● Strahlentherapeutische Klinik</li> <li>● Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie</li> <li>● Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie</li> <li>● Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin</li> <li>● Apotheke/Pharmakologie</li> </ul>	Das Darmkrebszentrum ist zertifiziert nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft und nach DIN EN ISO 9001:2008
Gefäßzentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chirurgische Klinik IV: Gefäßchirurgie</li> <li>● Innere Medizin I: Klinik für Kardiologie, Angiologie, Elektrophysiologie</li> <li>● Klinik für Neurologie und Gerontoneurologie</li> <li>● Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie</li> <li>● Therapiezentrum am Diak</li> </ul>	Das Gefäßzentrum ist zertifiziert nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DDG) und der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG). Zusätzlich ist es als Venen Kompetenz-Zentrum ausgewiesen (Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie und des Berufsverbands der Phlebologen).
Geriatrizentrum (Zentrum für Altersmedizin)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Klinik für Neurologie und Gerontoneurologie</li> <li>● Chirurgische Klinik II - Unfallchirurgie</li> <li>● Therapiezentrum am Diak</li> </ul>	Geriatrischer Schwerpunkt des Landes Baden-Württemberg
Gynäkologisches Krebszentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Frauenklinik</li> <li>● Innere Medizin III: Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin</li> <li>● Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</li> <li>● Nuklearmedizinische Klinik</li> <li>● Strahlentherapeutische Klinik</li> </ul>	Das Gynäkologische Krebszentrum ist zertifiziert nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft und nach DIN EN ISO 9001:2008

Versorgungsschwerpunkt	Teilnehmende Fachabteilung	Bemerkung
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie</li> <li>• Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie</li> <li>• Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin</li> <li>• Apotheke/Pharmakologie</li> <li>• Therapiezentrum am Diak</li> </ul>	
Inkontinenzzentrum/ Kontinenzzentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urologische Klinik</li> <li>• Frauenklinik</li> <li>• Chirurgische Klinik I: Allgemein- und Viszeralchirurgie</li> </ul>	
Interdisziplinäre Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innere Medizin I: Klinik für Kardiologie, Angiologie, Elektrophysiologie</li> <li>• Chirurgische Klinik I: Allgemein- und Viszeralchirurgie</li> <li>• Chirurgische Klinik II: Unfallchirurgie</li> <li>• Neurochirurgie</li> <li>• Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie</li> <li>• Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie</li> <li>• Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin</li> <li>• Therapiezentrum am Diak</li> </ul>	
Interdisziplinäre Tumornachsorge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innere Medizin III: Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin</li> <li>• Innere Medizin II: Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie, Infektionskrankheiten</li> <li>• Chirurgische Klinik I: Allgemein- und Viszeralchirurgie</li> <li>• Urologische Klinik</li> <li>• Frauenklinik</li> <li>• Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</li> <li>• Nuklearmedizinische Klinik</li> <li>• Strahlentherapeutische Klinik</li> <li>• Apotheke/Pharmakologie</li> </ul>	

Versorgungsschwerpunkt	Teilnehmende Fachabteilung	Bemerkung
Palliativzentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Innere Medizin III: Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin</li> <li>● Innere Medizin II: Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie, Infektionskrankheiten</li> <li>● Klinik für Neurologie und Gerontoneurologie</li> <li>● Urologische Klinik</li> <li>● Frauenklinik</li> <li>● Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</li> <li>● Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie</li> <li>● Therapiezentrum am Diak</li> </ul>	
Perinatalzentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Klinik für Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>● Frauenklinik</li> <li>● Therapiezentrum am Diak</li> </ul>	Anerkennung als Perinatalzentrum Level 1 beantragt
Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chirurgische Klinik III: Plastische, Ästhetische und Handchirurgie</li> <li>● Frauenklinik</li> </ul>	
Prostatakarzinomzentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Urologische Klinik</li> <li>● Innere Medizin III: Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin</li> <li>● Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</li> <li>● Nuklearmedizinische Klinik</li> <li>● Strahlentherapeutische Klinik</li> <li>● Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie</li> <li>● Apotheke/Pharmakologie</li> <li>● Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin</li> </ul>	Das Prostatakarzinomzentrum ist zertifiziert nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft und nach DIN EN ISO 9001:2008
Schlaganfallzentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Klinik für Neurologie und Gerontoneurologie</li> <li>● Chirurgische Klinik IV: Gefäßchirurgie</li> <li>● Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie</li> </ul>	Regionale Stroke Unit gemäß der Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg. Das Schlaganfallzentrum ist zertifiziert

Versorgungsschwerpunkt	Teilnehmende Fachabteilung	Bemerkung
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Neurochirurgische Klinik</li> <li>● Therapiezentrum am Diak</li> </ul>	gemäß der Kriterien der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
Schmerzzentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie</li> <li>● Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</li> <li>● Klinik für Neurologie und Gerontoneurologie</li> <li>● Neurochirurgische Klinik</li> </ul>	
Sozialpädiatrisches Zentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Klinik für Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>● Therapiezentrum am Diak</li> </ul>	
Traumazentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chirurgische Klinik II - Unfallchirurgie</li> <li>● Neurochirurgische Klinik</li> <li>● Chirurgische Klinik I - Allgemein- und Viszeralchirurgie</li> <li>● Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie</li> </ul>	umfassende interdisziplinäre Versorgung von Schwerverletzten, Mitglied des Traumanetzwerks Nord-Württemberg in der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), zertifiziert nach den Kriterien der DGU. Die Klinik ist zum Verletztenartenverfahren der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zugelassen (VAV-Klinik).
Wundzentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chirurgische Klinik IV- Gefäßchirurgie</li> <li>● Chirurgische Klinik III: Plastische, Ästhetische und Handchirurgie</li> </ul>	

## A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

<b>Name:</b>	Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall gGmbH
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>IK-Nummer:</b>	260811192
<b>Standort-Nummer:</b>	0
<b>Krankenhaus-URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak-klinikum.de">http://www.dasdiak-klinikum.de</a>

### A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

<b>Leitung:</b>	<b>Verwaltungsleitung</b>
<b>Name/Funktion:</b>	Michael Kilb, Vorsitzender der Geschäftsführung
<b>Telefon:</b>	0791 753 2040
<b>Fax:</b>	0791 753 9992040
<b>E-Mail:</b>	michael.kilb@dasdiak.de

<b>Leitung:</b>	<b>Verwaltungsleitung</b>
<b>Name/Funktion:</b>	Dr. Peter Haun, Kaufmännischer Direktor
<b>Telefon:</b>	0791 753 4000
<b>Fax:</b>	0791 753 9994000
<b>E-Mail:</b>	peter.haun@dasdiak.de

<b>Leitung:</b>	<b>Ärztliche Leitung</b>
<b>Name/Funktion:</b>	PD Dr. Lothar Jahn, Ärztlicher Direktor
<b>Telefon:</b>	0791 753 4414
<b>Fax:</b>	0791 753 4415
<b>E-Mail:</b>	lothar.jahn@dasdiak.de

<b>Leitung:</b>	<b>Pflegedienstleitung</b>
<b>Name/Funktion:</b>	Dorothea Lehmann, Ltd. Pflegedienstleiterin
<b>Telefon:</b>	0791 753 4021
<b>Fax:</b>	0791 753 4928
<b>E-Mail:</b>	dorothea.lehmann@dasdiak.de

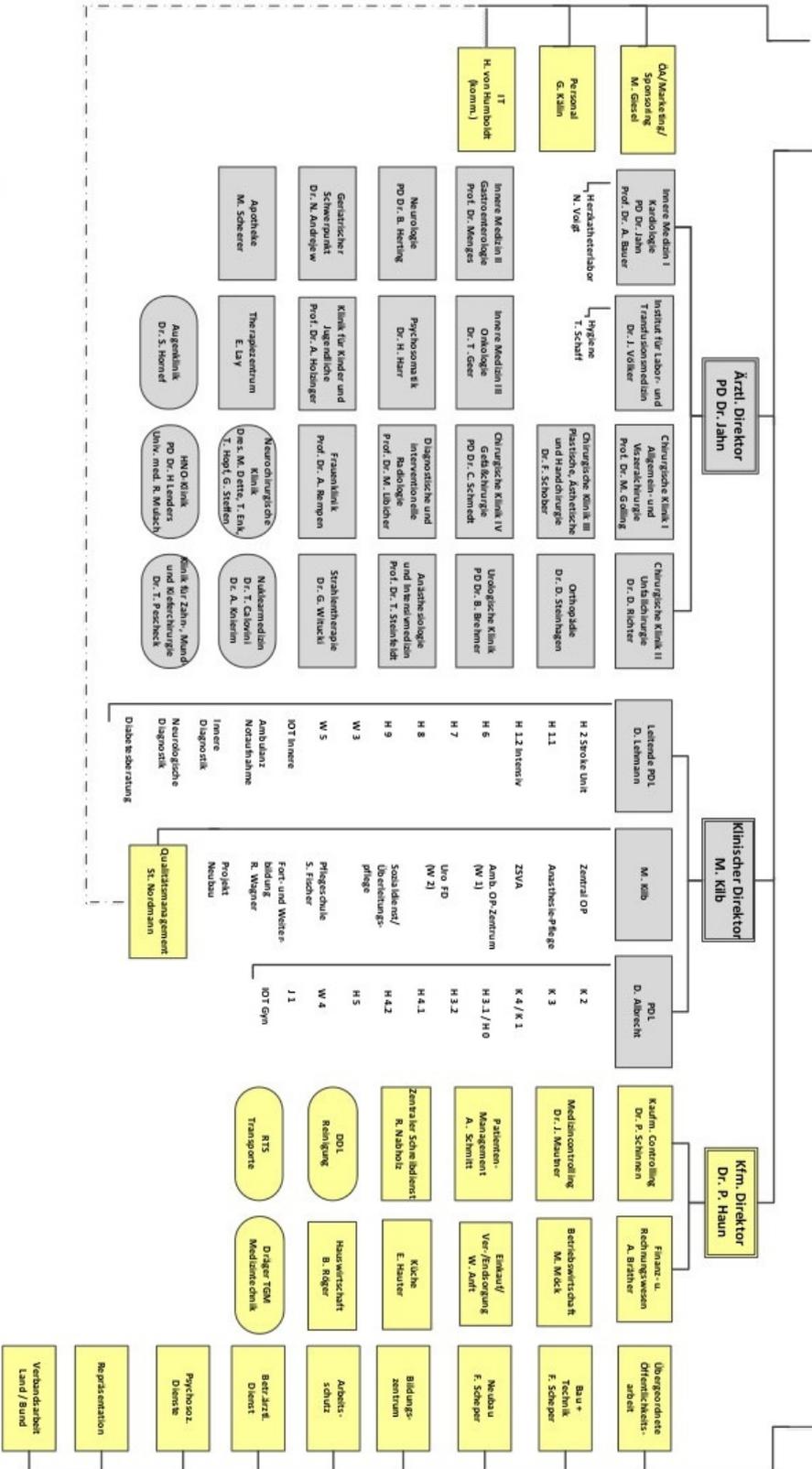


Diakonie-Klinikum GmbH

**Dr. Frank Mau**  
Geschäftsführer (Vorsitzender)

Geschäftsführung

**Hans-Joachim Lenke**  
Geschäftsführer



Stand: 18.04.2016

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

<b>Name des Trägers:</b>	Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall gGmbH
<b>Träger-Art:</b>	freigemeinnützig

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

### Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Akademisches Lehrkrankenhaus

### Name der Universität:

1	Heidelberg
---	------------

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

<b>Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?</b>	Nein
---	------

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
1	Atemgymnastik/-therapie Bewegungs- und Verhaltensschulung, insbesondere zur Verbesserung der Atemfunktion und zur Sekretlösung
2	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
3	Fußreflexzonenmassage
4	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
5	Manuelle Lymphdrainage Manuelle Lymphdrainage der Extremitäten, des Kopfes und / oder des Rumpfes einschließlich ggf. erforderlicher Kompressionsbandagierung zur entstauenden Behandlung bei Ödemen verschiedener Ursachen
6	Massage Akupunktmassage, Bindegewebsmassage, Fußreflexzonen-Therapie, Segmentmassage, Periostmassage, Colonmassage
7	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
8	Physikalische Therapie/Bädertherapie Elektrotherapie (Reizstrom), Ultraschall als Dauer- oder Impulsschall, Heublumen-, Fango- und Naturmoorpäckungen, Heiße Rolle, Bäder zur Geburtseinleitung
9	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie auch Krankengymnastik mit Gerät/Medizinische Trainingstherapie, Schlingentisch
10	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
	Offenes Kursangebot des Therapiezentrums mit Training von Ausdauer, Kraft, Koordination und Entspannung; Präventionsangebot "Gesundheitscoaching" als lösungsorientierte, vertrauensvolle, ziel- und auftragsbezogene Beratung und Prozessbegleitung im Themenfeld Gesundheit
11	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik Rückenschule, Dorn-Breuss-Therapie
12	Säuglingspflegekurse im Rahmen von "Junges Diak Angebote rund um die Familie": neben Säuglingspflegekurse für werdende Eltern spezielle Kurse für werdende Eltern ohne Hebammenbegleitung mit erweiterten Inhalten
13	Spezielle Entspannungstherapie Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen
14	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen Unterwassergeburten
15	Stillberatung Förderung und Unterstützung des Stillens des Kindes von der Geburt an, individuelle Betreuung, Einsatz von speziell qualifizierten Stillberaterinnen, offene Stillgruppe, Stillhotline (Tag und Nacht bei akuten Stillproblemen und Krisensituationen)
16	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie Diagnostik und Therapie von Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckproblemen z.B. Sprach- oder Sprechstörungen infolge eines Schlaganfalls oder bei neurologischen Erkrankungen, wegen anhaltender Stimmprobleme, nach Kehlkopfoperationen oder Redeflussstörung wie Stottern oder Poltern
17	Stomatherapie/-beratung Betreuung von Patienten mit einer künstlichen Harn- oder Darmableitung: Anleitung und Hilfe bei der Anwendung der Hilfsmittel, Beratung über die Hygiene bei Inkontinenz, Wundberatungen bei chronischen und schlecht heilenden Wunden. Beratungsleistung auch für Angehörige und Pflegeheime und -dienste
18	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
19	Aromapflege/-therapie unterstützende Anwendungen von ätherischen Ölen innerhalb pflegerischer Maßnahmen auf der Grundlage von Pflegeanamnese und Pflegeplanung
20	Asthmaschulung für Kinder und ihre Eltern in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten durch interdisziplinäres Team aus Ärzten, Psychologen, Physiotherapeuten und Kinderkrankenschwestern.
21	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) Physio-/ergotherapeutische und logopädische Behandlungsmethode bei Patienten, deren Bewegungsverhalten durch Verletzung, Erkrankung oder Operation gestört ist
22	Redressionstherapie bei Fehlstellungen, bspw. 3dimensionale Fußtherapie für Säuglinge und Kinder, Skoliotherapie nach Diefenbach
23	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.), Spiegeltherapie, Schlucktherapie, Orofaziale Regulationstherapie nach Castillo-Morales, apparative Bewegungstherapie (Motomed), Bobath, Vojta; Einsatz von speziell qualifiziertem Pflegepersonal (Stroke Nurse, Parkinson Assistent)
24	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder physiotherapeutische Behandlungsmethode bei Störungen des zentralen Nervensystems und des Bewegungs- und Halteapparates
25	Eigenblutspende

	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
	eigene Blutspendezentrale
26	Akupressur bspw. bei Kopfschmerzen
27	Akupunktur zur Geburtseinleitung
28	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
29	Basale Stimulation
30	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung durch den Sozialdienst
31	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden Einbeziehung des ambulanten Hospizdienstes, Trauerbegleitung, Palliativ-Betten
32	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen Diabetesberatung und -schulung durch Diabetesberater/-assistenten DDG auf Station
33	Diät- und Ernährungsberatung Spezielle Kostformen und Beratung bei besonderen Erkrankungen, Beratung bei PEG und enteraler Ernährung, Ernährungsberatung nach Adipositas-OP
34	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
35	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
36	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung in der Gynäkologie und Urologie bei Harninkontinenz, anerkanntes Kontinenz- und Beckenbodenzentrum
37	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst Psychoonkologische Beratung bei Krebserkrankungen, Gesprächstherapie in belastenden Lebenssituationen
38	Schmerztherapie/-management perioperativ und bei chronischen Schmerzen
39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen Beratung bspw. zur Sturzprophylaxe, ergotherapeutische Beratung zur Integration ins häusliche Umfeld nach Krankenhausaufenthalt
40	Wundmanagement Spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris, Einsatz von Wundmanagern mit spezieller Qualifikation (ICW)
41	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen Krebsverein Schwäbisch Hall e.V., Selbsthilfegruppen bei Brustkrebs, Darmkrebs, Prostatakrebs, Adipositas, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, chronische Nierenerkrankungen, Hospizdienst Schwäbisch Hall, Gesprächskreis für pflegende Angehörige, Elterngruppe für Früh- und Risikogeborene
42	Sozialdienst Unterstützung bei Rehaanträgen, Pflegeeinstufung, Suche nach ambulantem Pflegedienst, Kurzzeitpflege etc.
43	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit regelmäßige medizinische Vorträge in Schwäbisch Hall und im "CentrumMensch" in Gaildorf, Teilnahme an regionalen Messen, Einzelveranstaltungen zu Krankheitsbildern z.B. "Tag der Handchirurgie", "Parkinson-Tag", "Gefäßtag", Kreißsaalführungen, "Tag der offenen Tür"
44	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/ Tagespflege

	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>
	Enge Zusammenarbeit mit dem ambulanten Pflegedienst "Diakonie Daheim" und Pflegeheimen
45	Audiometrie/Hördiagnostik bei den HNO-Belegärzten
46	Wärme- und Kälteanwendungen Fango- und Heublumenpackungen, Heiße Rolle, Rotlicht, Kälteanwendungen
47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik Beratung und Koordination bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, Orthopädietechniker kommt ins Haus
48	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) Therapieansatz bei neurologischen Erkrankungen (z. B. Schlaganfall, Multipler Sklerose, Schädel-Hirn-Trauma, Erkrankungen des Rückenmarks, Morbus Parkinson); interdisziplinäres Behandlungskonzept von Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie sowie von Ärzten und Pflegepersonal.
49	Kinästhetik
50	Medizinische Fußpflege
51	Musiktherapie
52	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot z. B. onkologisches Pflegekonzept und Pflegevisiten, Einsatz von nach dem Konzept des DBfK weitergebildeten Pflegeexperten, spezielle pflegerische Konzepte für geriatrische Patienten und Patienten mit Schlaganfall, Palliative Care, Intensivpflege, Kinderintensivpflege, Breast Care Nurse
53	Pädagogisches Leistungsangebot Unterricht für schulpflichtige kranke Kinder in der Klinikschule
54	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien Spezielles Kurs- und Beratungsangebot "Junges Diak Angebote rund um die Familie": Geburtsvorbereitungs- und Säuglingspflegekurse, Erste Hilfe, Elternberatung u.a. nach dem Triple-P-Konzept; Pflegerische Elternberatung zu Themen wie Ernährung, Schlaf, unruhige Babys, entwicklungsfördernder Umgang
55	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik im Rahmen von "Junges Diak Angebote rund um die Familie": Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungsgymnastik von am Haus angestellten Hebammen
56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
57	Biofeedback-Therapie
58	Ergotherapie/Arbeitstherapie Behandlung von Erwachsenen und Kindern mit Erkrankungen aus der Orthopädie, Traumatologie, Rheumatologie und Neurologie; Erreichung der festgelegten Behandlungsziele durch Training konkreter Fähigkeiten, lebenspraktische Aktivitäten, handwerkliche Betätigung und die Anpassung der Umwelt.
59	Sporttherapie/Bewegungstherapie Gerätegestützte Physiotherapie mit medizinischen Trainingsgeräten, vor allem bei chronischen Erkrankungen der Wirbelsäule sowie bei posttraumatischen oder postoperativen Eingriffen
60	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie auch Cranio-Sacrale Therapie
61	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	Leistungsangebot
1	Ein-Bett-Zimmer Wahlleistung, besondere Wahlleistungsstation, Ausstattung und Preise variieren je nach Station
2	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle Wahlleistung, besondere Wahlleistungsstation, Ausstattung und Preise variieren je nach Station
3	Mutter-Kind-Zimmer Wahlleistung bzw. bei med. Notwendigkeit Kostenübernahme durch Krankenkasse
4	Zwei-Bett-Zimmer Wahlleistung, besondere Wahlleistungsstation, Ausstattung und Preise variieren je nach Station
5	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle Wahlleistung, besondere Wahlleistungsstation, Ausstattung und Preise variieren je nach Station
6	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer Kosten pro Tag: 3 € 1 kostenloser Kanal mit besonderem Programm zur Information und Unterhaltung für Patienten
7	Internetanschluss am Bett/im Zimmer Kosten pro Tag: 1,5 € Grundgebühr WLAN
8	Rundfunkempfang am Bett Kosten pro Tag: 0 € kostenlos für alle Patienten
9	Telefon am Bett Kosten pro Tag: 2,15 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15 € Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 € in der Telefongrundgebühr ist auch die Grundgebühr für den Internetanschluss (WLAN) enthalten
10	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer im Wahlleistungszimmer
11	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum für Patienten und Angehörige auf allen Stationen
12	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen Max. Kosten pro Stunde: 1,3 € Max. Kosten pro Tag: 6 € Nachtтарif 2,00 € (von 19.30 Uhr-07.30 Uhr), Parkhaus, Bereitstellung von Kofferkulis und Rollstühlen im Parkhaus
13	Geldautomat in der Eingangshalle
14	Schuleteilnahme in externer Schule/Einrichtung falls möglich Besuch der bisherigen Schule, sonst eigene Klinikschule für kranke Kinder
15	Schule im Krankenhaus Eigene Klinikschule für die Zeit des Klinikaufenthaltes der kranken Kinder
16	Rooming-in 24-Stunden-Rooming-In; auch Elternzimmer möglich

Leistungsangebot	
17	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) Wahlleistung bzw. bei med. Notwendigkeit Kostenübernahme durch Krankenkasse
18	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Zentraler Informationspunkt beim Empfang, Begleitung bei Bedarf
19	Seelsorge Evangelische und katholische Seelsorger fest am Krankenhaus
20	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen auch für Angehörige
21	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen Krebsverein Schwäbisch Hall e.V., Selbsthilfegruppe bei Brustkrebs, Darmkrebs, Prostatakrebs, Adipositas, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse TEB, chronische Nierenerkrankungen, Hospizdienst Schwäbisch Hall, Gesprächskreis für pflegende Angehörige, Elterngruppe für Früh- und Risikogeborene
22	Abschiedsraum verstorbene Patienten bleiben mind. 2 Stunden nach dem Tod im Krankenzimmer, danach gibt es im Aufbahrungsraum weitere Möglichkeiten, Abschied zu nehmen
23	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: täglich vegetarische und schweinefleischfreie Gerichte Freie Menü- und Komponentenwahl unter Berücksichtigung von Diätvorgaben
24	Andachtsraum Gottesdienste, Andachten mit Übertragung auf das Zimmer

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	Arbeit mit Piktogrammen
2	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
3	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung standardisiertes Wegleitsystem im gesamten Haus umgesetzt
4	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
5	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
6	Dolmetscherdienst bei Bedarf, z.B. für Aufklärungsgespräche
7	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung Braillebeschriftung
8	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
9	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin Kooperation mit mehreren Gebärdendolmetschern, Einsatz bei Bedarf
10	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette auf Nachfrage

Aspekte der Barrierefreiheit	
11	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
12	Diätetische Angebote ca. 30 Diät- und Sonderkostformen
13	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal Aufgrund der internationalen Zusammensetzung d. Personals gegeben. Gerne informieren Sie die Chefarztsekretariate vor Ihrem stationären Aufenthalt über die aktuellen fremdsprachl. Behandlungsangebote. Angebote in englischer u. türkischer Sprache immer vorhanden, Russisch u. Rumänisch auf Anfrage

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	
1	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten vorwiegend an der med. Fakultät der Universität Heidelberg
2	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien Eine Übersicht der aktuellen Studien ist auf der Homepage der jeweiligen medizinischen Fachabteilung hinterlegt.
3	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten Kooperation mit den Universitätskliniken Heidelberg, Dresden, Ulm, Rostock bei Studien
4	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) Ansprechpartner: Prof. Markus Menges; Famulatur jederzeit möglich. PJ:Pflichtfächer: Innere Medizin, Chirurgie; Wahlfächer: Anästhesie, Gynäkologie, Neurologie, Pädiatrie, Psychosomatik/ Psychotherapie, Radiologie. Informationen unter: <a href="http://www.dasdiak-klinikum.de/karriere/famulatur-praktisches-jahr.html">www.dasdiak-klinikum.de/karriere/famulatur-praktisches-jahr.html</a>
5	Doktorandenbetreuung Betreuung von Promotionsarbeiten durch habilitierte Chefarzte

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Ausbildungen in anderen Heilberufen	
1	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin 3 Jahre; zusätzlich ausbildungsintegratives Bachelor-Studium "Angewandte Gesundheitswissenschaften für Pflege und Geburtshilfe" (4 Jahre)
2	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin 3 Jahre; zusätzlich ausbildungsintegratives Bachelor-Studium "Angewandte Gesundheitswissenschaften für Pflege und Geburtshilfe" (4 Jahre)
3	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) 3 Jahre
4	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin 1 Jahr
5	Entbindungspfleger und Hebamme

	<b>Ausbildungen in anderen Heilberufen</b>
	3 Jahre, ab Herbst 2017, in Kooperation mit der Berufsfachschule für Hebammen und Entbindungspfleger des ANregiomed gKU. in Ansbach
6	Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA) 3 Jahre, ab Herbst 2017, in Kooperation mit dem Klinikum Stuttgart

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 492

---

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 26969

Teilstationäre Fallzahl: 0

Ambulante Fallzahl: 47233

---

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	180,4	173,41	6,99	23,53	156,87
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	99,15	92,15	7	21,53	77,62
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	11				

### A-11.2 Pflegepersonal

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

Personal / Ohne FA-Zuordnung	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	319,04	317,64	1,4	26,26	292,78
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	70,12	70,12	0	1,79	68,33
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	16,87	16,87	0	1,17	15,7

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	27,77	27,77	0	1,91	25,86
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	13,09	13,09	0	0	13,09
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,51	4,51	0	0,53	3,98
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	22,97	22,97	0	4,01	18,96

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	4,2	4,2	0	4,2	0
Ergotherapeuten	0,01	0,01	0	0	0,01
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	0,48 <sup>1)</sup>	0,48	0	0	0,48

<sup>1)</sup> zusätzlich noch Kunst- und Musiktherapeutinnen

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.
Diätassistent und Diätassistentin	3,53	3,53	0	0	3,53
Ergotherapeut und Ergotherapeutin	6,57	6,57	0	2,3	4,27
Erzieher und Erzieherin	0,9	0,9	0	0	0,9
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin	1,8	1,8	0	0	1,8
Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin	0,51	0,41	0,1	0	0,51
Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	3,53	3,53	0	1,49	2,04
Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	1,05	1,05	0	0,2	0,85
Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	21,36	21,36	0	3,26	18,1
Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	21,01	21,01	0	9,5	11,51
Musiktherapeut und Musiktherapeutin	0,46	0,46	0	0,46	0

Oecotrophologe und Oecotrophologin (Ernährungswissenschaftler und Ernährungswissenschaftlerin)	0,8	0,8	0	0,2	0,6
Pädagoge und Pädagogin/Lehrer und Lehrerin	3 <sup>2)</sup>	3	0	0	3
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	13,08	13,08	0	3,16	9,92
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	4,7	4,7	0	0,5	4,2
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	1	1	0	0	1
Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	3,19	3,19	0	0	3,19
Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin	2,61 <sup>4)</sup>	2,61	0	0	2,61
Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	3	3	0	0,9	2,1
Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	3	3	0	0,75	2,25
Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	2	2	0	0	2
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	13,4	13,4	0	0	13,4
Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation	200	200 <sup>5)</sup>	0	0	200
Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	200	200 <sup>6)</sup>	0	0	200

<sup>1)</sup> Fachkräfte der Sanitätshäuser kommen ins Haus

<sup>2)</sup> Schule für kranke Kinder

<sup>3)</sup> Fachkräfte kommen ins Haus

<sup>4)</sup> Diabetesberaterinnen und -Assistentinnen nach den Qualifikationskriterien der DGG; zusätzlich über 50 diabetisch weitergebildete Pflegekräfte im Rahmen der Zertifizierung zum "Krankenhaus für Diabetiker geeignet"

<sup>5)</sup> Angaben geschätzt, seit ca. 10 Jahren Inhalt bei Krankenpflegeausbildung; zusätzlich weiteres Personal mit dieser Qualifikation

<sup>6)</sup> Angaben geschätzt, seit ca. 10 Jahren Inhalt bei Krankenpflegeausbildung; zusätzlich weiteres Personal mit dieser Qualifikation

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

### A-12.1.1 Verantwortliche Person

<b>Name/Funktion:</b>	Stephan Nordmann, MSc, Leiter Medizinisches Prozess- und Qualitätsmanagement
<b>Telefon:</b>	0791 753 4005
<b>Fax:</b>	0791 753999 4005
<b>E-Mail:</b>	stephan.nordmann@dasdiak.de

### A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

#### Wenn ja:

<b>Beteiligte Abteilungen/ Funktionsbereiche:</b>	interdisziplinäre und interprofessionelle Arbeitsgruppe aus Chefärzten sowie QM-Koordinatoren der medizinischen Abteilungen und Institute, Pflegedirektion, Qualitätsmanagement, Geschäftsführung und weiteren Bereichen nach Bedarf
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums:</b>	quartalsweise

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

<b>Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:</b>	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---	--

### A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Handbuch Letzte Aktualisierung: 14.06.2017
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	RM04: Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_Klinikum_VA_Klinisches Notfallmanagement_V3_20151104 Letzte Aktualisierung: 04.11.2015
5	RM05: Schmerzmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_Klinikum_VA_Schmerzmanagement_V3_20161102 Letzte Aktualisierung: 02.11.2016
6	RM06: Sturzprophylaxe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_Pflegedienst_VA_Pflegestandard Sturzprophylaxe_V2_20140512 Letzte Aktualisierung: 12.05.2014
7	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_Pflegedienst_VA_Pflegestandard Dekubitusprophylaxe_V1_20140608 Letzte Aktualisierung: 08.06.2014
8	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_Pflegedienst_VA_Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)_V1_20150828 Letzte Aktualisierung: 28.08.2015
9	RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_Klinikum_VA_Organisationshandbuch Medizintechnik_V2_20170810 Letzte Aktualisierung: 10.08.2017
10	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	RM11: Standards zur sicheren Medikamentenvergabe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_CR_Klinikum_DA_Dienstanweisung für den Verkehr mit Arzneimitteln, Medizinprodukten u. ä._V4_20170124, DK_GF_Medikamentenanordnung_V1_20160610 DK_ÄD_Positivliste_zur Verfahrensanweisung_Medikamentenanordnung_V1_20160610 Letzte Aktualisierung: 24.01.2017
12	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
13	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
14	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_OP_FOR_Sicherheitscheckliste für operative Eingriffe_V3_20130312 Letzte Aktualisierung: 12.03.2013
15	RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde

Instrument bzw. Maßnahme	
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_OP_FOR_OP-Checkliste stationär_V2_20141001, DK_OP_FOR_OP-Checkliste ambulant_V2_20141201 Letzte Aktualisierung: 01.12.2014
16	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_OP_DA_Ablauf zur Vermeidung von Verwechslungen bei operativen Eingriffen_V2_20150724 Letzte Aktualisierung: 24.07.2015
17	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_ANÄ_SOP_Standards Anästhesie_V3_20170516 Letzte Aktualisierung: 16.05.2017
18	RM18: Entlassungsmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_Klinikum_VA_Entlassungsmanagement_V2_20170929 Letzte Aktualisierung: 29.09.2017

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Tumorkonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Pathologiebesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Palliativbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Qualitätszirkel
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere: Gefäßmedizinisches Kolloquium, Katheter- und Herzschrittmacherkonferenz, geriatrische Fallkonferenz, perinatologische Konferenz, Endoprothetische Indikations- und Komplikationsbesprechung, Ethikvisite

**A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems**

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

**Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:**

Instrument bzw. Maßnahme	
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 08.11.2017
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Intervall: monatlich
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Intervall: monatlich

## Details:

<b>Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:</b>	Ja
<b>Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:</b>	monatlich
<b>Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:</b>	Verbesserung der Medikationssicherheit: Verfahrensanweisung zum Prozess ärztlicher Medikamentenanordnung incl. Schulungen; kontinuierliche Erfassung der Sound alike Look alike Medikamente

Das Diakonie-Klinikum baut zur Erhöhung der Patientensicherheit ein **Bericht- und Lernsystem: CIRS-Diak** im Sinne des klinischen Risikomanagements eingeführt. Für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden während der Startphase Schulungen im Rahmen des Fortbildungsprogrammes angeboten. Weiterhin finden regelmäßige Schulungen und Fallvorstellungen statt.

### Was ist CIRS?

Das Critical Incident Reporting System ist ein Berichtssystem zur Erfassung von Beinahe-Zwischenfällen. Ein Beinahe-Zwischenfall ist ein Ereignis, das ohne Intervention Patienten gefährdet hätte. Der Patient wurde jedoch nicht geschädigt. In einem sanktionsfreien Umfeld dient CIRS als Lernsystem zur Weiterentwicklung aller Mitarbeiter und zur Erhöhung der Patientensicherheit. Durch das freiwillige Berichten solcher Ereignisse soll eine Kultur des voneinander Lernens geschaffen werden!

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden ermutigt, anonym und freiwillig sogenannte "Beinahe-Zwischenfälle", über das Formular "CIRS-Diak Ein Bericht- und Lernsystem" an die Abteilung Medizinisches Prozess- und Qualitätsmanagement MPQM zu melden. Ein "Beinahe-Zwischenfall" ist ein Ereignis, das ohne Intervention den Patienten gefährdet hätte. Der Patient wurde nicht geschädigt.

Gemeldet werden sollen auch positive Ereignisse, die während eines Zwischenfalls zur Patientensicherheit beigetragen haben. Nicht gemeldet werden sollen: Patientenschäden, Beschwerden. Für diese Meldungen gibt es bereits standardisierte Vorgehensweisen.

In einem sanktionsfreien Umfeld soll das CIRS-Diak damit als Lernsystem zur Weiterentwicklung aller Mitarbeiter und zur Erhöhung der Patientensicherheit beitragen. Durch das freiwillige Berichten solcher Ereignisse soll eine Kultur des voneinander Lernens geschaffen werden.

### Wie sieht der Ablauf einer Beinahe-Zwischenfall-Meldung aus?

#### Phase 1:

1. Entgegennahme, Anonymisierung durch die Abteilung MPQM
2. Erfassung der Meldung in einer Datenbank
3. Analyse der Meldung
4. Einteilung in Schweregrad I, II, III
5. Einberufung des CIRS-Diak Teams

#### Phase 2:

6. Diskussion und Klärung im CIRS-Diak Team

- 7. Analyse der Ursache, Bewertung des Risikos
- 8. Maßnahmenvorschläge an die Klinikleitung

**Phase 3:**

- 9. Entscheidung der Klinikleitung
- 10. Einleitung von Projekten und Maßnahmen

**Phase 4:**

- 11. Umsetzung des Projekts und Maßnahmen

**Phase 5:**

- 12. Überprüfung der umgesetzten Maßnahmen
- 13. Feedback an alle beteiligten Mitarbeiter
- 14. Regelmäßige Auswertung der Datenbank

**A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen**

**Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):**

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem: Nein

---

**A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte**

**A-12.3.1 Hygienepersonal**

Personal	Anzahl
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1 <sup>1)</sup>
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	12 <sup>2)</sup>
Hygienefachkräfte (HFK)	2
Hygienebeauftragte in der Pflege	26 <sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> eigener Krankenhaushygieniker  
<sup>2)</sup> 1 hygienebeauftragter Arzt pro Abteilung  
<sup>3)</sup> 1 hygienebeauftragte Pflegekraft pro Station bzw. Funktionsbereich

### A-12.3.1.1 Hygienekommission

<b>Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?</b>	Ja
<b>Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission:</b>	halbjährlich

#### Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

<b>Name/Funktion:</b>	Dr. med. Jürgen Völker Leitender Arzt Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin Krankenhaushygieniker, Vorsitzender
<b>Telefon:</b>	0791 753 4701
<b>Fax:</b>	0791 753 4128
<b>E-Mail:</b>	juergen.voelker@dasdiak.de

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

**Auswahl:** Ja

##### Der Standard thematisiert insbesondere:

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

##### Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

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

**Auswahl:** Ja

---

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

**Auswahl:** Ja

---

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

**Auswahl:** Ja

---

#### **A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie**

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

**Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor:**

**Auswahl:** Ja

---

**Der Standard thematisiert insbesondere:**

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

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

**Auswahl:** Ja

---

**Die standardisierte 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 Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

**Auswahl:** Ja

---

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

**Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben:** Ja

---

### Händedesinfektionsmittelverbrauch (Einheit: ml/Patiententag):

... auf allen Intensivstationen:	108
... auf allen Allgemeinstationen:	32

### Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

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

### Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	Instrument bzw. Maßnahme
1	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen fortlaufende, systematische Erfassung, Analyse und Interpretation relevanter Daten zu nosokomialen Infektionen, Benchmarkvergleich sowie Feedback an das ärztliche und pflegerische Personal.
2	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: MRE-Netzwerk Mitarbeit im jeweiligen MRE-Netzwerk der Landkreise Schwäbisch Hall und Hohenlohe mit regelmäßigen Fallbesprechungen. Zusammenarbeit von Kliniken, niedergelassenen Ärzten, Laboreinrichtungen, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, Krankentransporten und Rettungsdienst und Gesundheitsamt.
3	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)

Instrument bzw. Maßnahme	
4	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Zentralsterilisation (ZSVA): seit 2004 zertifiziert n. d. Kriterien des Robert-Koch-Institut (RKI) u. d. Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM); Referenzinstitut für in u. ausländische Krankenhäuser; diverse Publikationen ( <a href="http://www.dasdiak-klinikum.de/ueber-uns/qualitaet/zsva.html">www.dasdiak-klinikum.de/ueber-uns/qualitaet/zsva.html</a> )
5	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen regelmäßige Unterweisungen und Schulungen (Pflichtfortbildung) zu Hygiene und Infektionen

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

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

**A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement**

Lob- und Beschwerdemanagement		Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. Jede Anregung, Lob oder Beschwerde wird in einer Datenbank erfasst und an den betreffenden Bereich zur Bearbeitung weitergeleitet. Jeder Beschwerdeführer erhält eine Rückmeldung nach erfolgter interner Klärung. Die Beschwerden werden zentral strukturiert ausgewertet und der Geschäftsführung vorgestellt, um daraus Verbesserungsmaßnahmen entwickeln zu können.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung). Das Verfahren ist verbindlich beschrieben und im Intranet hinterlegt. Es finden regelmäßig Schulungen für Mitarbeiter aller Berufsgruppen statt.	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden. Mit den betroffenen Bereichen werden die Beschwerden individuell und sorgfältig geklärt. Nach Vorliegen der Stellungnahme aus der Fachabteilung/Bereich findet bei Bedarf ein Gespräch mit dem Beschwerdeführer statt.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden. Alle mündlichen Beschwerden werden in Schriftform gebracht und an die Fachabteilungen/Bereiche weitergeleitet. Das weitere Vorgehen ist gleich wie bei schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. <a href="http://www.dasdiak-klinikum.de/ihr-aufenthalt/ihre-meinung-ist-uns-wichtig.html">http://www.dasdiak-klinikum.de/ihr-aufenthalt/ihre-meinung-ist-uns-wichtig.html</a>	Ja

	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
	Beim Beschwerdemanagement gibt es 4 Ansprechpartner, die den kompletten Prozess bearbeiten und koordinieren. Ihre Aufgaben und Verantwortlichkeiten sind klar definiert. Ansprechpartnerin ist Frau Gertraud Stutz, Vorstandsassistentin, Tel.: 0791 753 2001	
6	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert. Jede Beschwerde wird zeitnah bearbeitet.	Ja
7	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden <a href="http://www.dasdiak-klinikum.de/ihr-aufenthalt/ihre-meinung-ist-uns-wichtig.html">http://www.dasdiak-klinikum.de/ihr-aufenthalt/ihre-meinung-ist-uns-wichtig.html</a>	Ja
8	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. Team aus mehreren Patientenfürsprechern	Ja
9	Patientenbefragungen Die Patientenbefragung findet kontinuierlich statt. Die Bögen liegen in der Patientenmappe sowie auf den Stationen aus. Diese werden erfasst und ausgewertet. Je nach Art der Rückmeldung werden Sofortmaßnahmen ergriffen.	Ja
10	Einweiserbefragungen In regelmäßigen Abständen wird die Zufriedenheit der zuweisenden Ärzte erhoben.	Ja

#### **Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:**

<b>Name/Funktion:</b>	<b>Herr Michael Kilb, Vorsitzender der Geschäftsführung</b>
<b>Telefon:</b>	0791 753 2040
<b>Fax:</b>	0791 753 9992040
<b>E-Mail:</b>	michael.kilb@dasdiak.de

<b>Name/Funktion:</b>	<b>Frau Gertraud Stutz, Vorstandsassistentin</b>
<b>Telefon:</b>	0791 753 2001
<b>Fax:</b>	0791 753 9992001
<b>E-Mail:</b>	gertraud.stutz@dasdiak.de

<b>Name/Funktion:</b>	<b>Frau Andrea Laun, Assistentin des Kaufmännischen Direktors</b>
<b>Telefon:</b>	0791 753 4001
<b>Fax:</b>	0791 753 9994001
<b>E-Mail:</b>	andrea.laun@dasdiak.de

<b>Name/Funktion:</b>	<b>Stephan Nordmann, MSc, Leiter Medizinisches Prozess- und Qualitätsmanagement</b>
<b>Telefon:</b>	0791 753 4005
<b>Fax:</b>	0791 753 9994005
<b>E-Mail:</b>	mpqm.info@dasdiak.de

### Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

<b>Name/Funktion:</b>	Team Patientenfürsprecher, übergreifend
<b>Telefon:</b>	0791 753 4414
<b>Fax:</b>	0791 753 9994414
<b>E-Mail:</b>	christine.jung-wisotzki@dasdiak.de

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

	Apparative Ausstattung	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar
1	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja
2	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja
3	Computertomograph (CT)  1 schnelles 64-Zeilen-CT und 1 konventionelles CT	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
4	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
5	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
6	Gerät für Nierenersatzverfahren	Dialyse	Ja
7	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
8	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja
9	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinerstörung	
10	Magnetresonanztomograph (MRT)  in 2015 erneuert; Verfügbarkeit 24 Std. für dringende Notfälle	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja
11	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
12	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
13	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
14	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	
15	Szintigraphiescanner/Gammasonde  in der nuklearmedizinischen Praxis der Belegärzte Dr. med. Knierim und Dr. med. Calovini verfügbar	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	
16	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)  in der nuklearmedizinischen Praxis der Belegärzte Dr. med. Knierim und Dr. med. Calovini verfügbar	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[1] Innere Medizin I - Klinik für Kardiologie, Angiologie, Zentrum für Herzrhythmusstörungen

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

<b>Abteilungsart:</b>	Hauptabteilung
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Innere Medizin I - Klinik für Kardiologie, Angiologie, Zentrum für Herzrhythmusstörungen
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak-klinikum.de">http://www.dasdiak-klinikum.de</a>



**Das Herzkatheterlabor ist an 365 Tagen rund um die Uhr für Notfälle da. Vielen Menschen kann durch diese Eingriffe wirkungsvoll geholfen werden.**

Der kardiologische Schwerpunkt versorgt Patienten sowohl in Notfallsituationen als auch bei chronischen Herz-Kreislaufkrankungen und Herzrhythmusstörungen. Für Patienten mit akutem Herzinfarkt steht das Herzkatheterlabor rund um die Uhr zur Verfügung. Jährlich werden ca. 2000 Herzkatheter-Eingriffe durchgeführt.

Neben Koronarangiographien, die teilweise auch ambulant durchgeführt werden, stehen die therapeutischen Interventionen im Mittelpunkt (Ballondilatation, Stenteinlagen). Das Herzkatheterlabor verfügt über zwei Meßplätze aus den Jahren 2010 und 2013.

Diagnose und Behandlung von Herzrhythmusstörungen bilden den zweiten Schwerpunkt der Kardiologie. Das Leistungsangebot reicht von der elektrophysiologischen Katheteruntersuchung über die Implantation und Betreuung von Herzschrittmachern und Defibrillatoren bis zu komplizierteren Katheterablationen (auch Ablationen bei Vorhofflimmern).

Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Diagnostik und Therapie des Bluthochdruckes.

Neben den invasiven kardiologischen Methoden führen wir alle wichtigen nichtinvasiven Untersuchungen, in erster Linie Ultraschalluntersuchungen des Herzens und der Blutgefäße, durch. Herzchirurgische Eingriffe werden an kooperierenden Zentren, beispielsweise an der Universitätsklinik Heidelberg durchgeführt, mit der wir als akademisches Lehrkrankenhaus eine enge Zusammenarbeit pflegen.

Patienten mit Vorhofflimmern müssen zur Schlaganfallprophylaxe, häufig eine Blutverdünnung (Antikoagulation) einnehmen. Eine Komplikation der Blutverdünnung ist die schwere Blutung (z.B. Magen/Darm oder Gehirn). Nach der Blutung wird die Antikoagulation häufig abgesetzt. Als Alternative werden im Diakonie-Klinikum seit 2015 erfolgreich Vorhofohrokluder (LAAO) implantiert. Der interventionelle Vorhofohrverschluss (LAAO) stellt eine wirkungsvolle durch Studien belegte Therapiealternative zur oralen Antikoagulation bei Patienten mit Vorhofflimmern dar. Dieser Vorhofohrverschluss wird minimal invasiv über die Leistenhernie implantiert.

Bei Patienten mit chronischer Herzmuskelschwäche wird, nachdem die Ursache geklärt ist, eine auf den Patienten zugeschnittene Therapie stationär eingeleitet. Die enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten gewährt anschließend eine optimale ambulante Weiterbetreuung. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Versorgung von Patienten mit generalisierten Gefäßerkrankungen. Gemeinsam mit der Klinik für Neurologie betreuen wir die Patienten der Stroke Unit (Schlaganfall-Intensivstation) hinsichtlich möglicher kardiologischer Ursachen und Begleiterkrankungen. Im Rahmen des zertifizierten Gefäßzentrums werden Patienten mit Gefäßleiden interdisziplinär kardiologisch von uns mit betreut.

Die Klinik für Innere Medizin I und Kardiologie ist u.a. Mitglied von Studiengruppen zur Erforschung

- der Behandlung des akuten Herzinfarkts
- der Entstehung von Herzmuskelerkrankungen
- der zellulären Zusammensetzung von Herzklappen
- der Wirkungen von Koronarstents
- der Ursachen und der Behandlung von Herzrhythmusstörungen.

### B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(0100) Innere Medizin
2	(0103) Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie

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

<b>Name/Funktion:</b>	<b>Priv.-Doz. Dr. med. Lothar Jahn, Chefarzt</b>
<b>Telefon:</b>	0791 753 4413
<b>Fax:</b>	0791 753 4415
<b>E-Mail:</b>	lothar.jahn@dasdiak.de

<b>Name/Funktion:</b>	<b>Prof. Dr. med. Alexander Bauer, Chefarzt</b>
<b>Telefon:</b>	0791 753 5120
<b>Fax:</b>	0791 753 5122
<b>E-Mail:</b>	alexander.bauer@dasdiak.de

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

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

**Erläuterungen:** Zielvereinbarungen beziehen sich auf die Ertragslage des Klinikums und bestimmte Qualitätsmerkmale.

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
2	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
3	Elektrophysiologie
4	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
5	Schrittmachereingriffe
6	Defibrillatöreingriffe
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
8	Intensivmedizin
9	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
10	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
11	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

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

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) außerdem geeignete Spezialmatratzen verfügbar
2	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter Patientenlifter, Aufstehhilfen, Toiletten- und Duschstühle mit besonderer Tragkraft vorhanden
3	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe Gehwagen, Toilettensitzerhöhungen mit besonderer Tragkraft vorhanden; Bauchgurte, Einlagen und Patientenhemden in Sondergrößen verfügbar

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

Vollstationäre Fallzahl:	3925
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzschwäche	567
2	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	437
3	I21	Akuter Herzinfarkt	424
4	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	386
5	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	302
6	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	201
7	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	138
8	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	137
9	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	137
10	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	103
11	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	74
12	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	68
13	I44	Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens - AV-Block bzw. Linksschenkelblock	62
14	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	57
15	J20	Akute Bronchitis	54
16	I95	Niedriger Blutdruck	50
17	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	45
18	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	36
19	R00	Störung des Herzschlages	30
20	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	29

## B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	1164
2	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	1163
3	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	948
4	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	641
5	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	526
6	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	402
7	8-835	Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen	314
8	1-265	Messung elektrischer Herzströme mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) - EPU	299
9	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation	232
10	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	198
11	1-274	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) durch die Herzscheidewand	194
12	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	128
13	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	102
14	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	85
15	3-05g	Ultraschall der Blutgefäße durch Einführen eines Ultraschallgerätes in die Gefäße	84
16	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	80
17	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	75
18	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	72
19	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	68
20	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	66

## B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Kardiologische Ambulanz PD Dr. Jahn
	VI00 - Echokardiographien (auch transösophageal TEE)
	VI00 - Schrittmacher- und Defibrillatorenambulanz
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI34 - Elektrophysiologie
2	Kardiologische Privatambulanz PD Dr. Jahn
3	Kardiologische Ambulanz Prof. Bauer
	VI00 - Schrittmacher- und Defibrillatorenambulanz
	VI00 - Echokardiographien (auch transösophageal TEE)
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI34 - Elektrophysiologie
4	Kardiologische Privatambulanz Prof. Bauer
5	Kardiologische Notfallambulanz (24h)

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

Weitere ambulante Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffe bieten wir im Rahmen der kassenärztlichen Zulassungen und der Privatsprechstunden an.

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	175
2	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	9
3	3-604	Röntgendarstellung der Schlagadern im Bauch mit Kontrastmittel	4

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	17,76	16,67	1,09	1,03	16,73	234,6
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	8,96	7,87	1,09	1,01	7,95	493,7

### B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt Kompetenzen)
1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und SP Kardiologie

### B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Geriatric
2	Intensivmedizin Spezielle internistische Intensivmedizin

### B-[1].11.2 Pflegepersonal

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	55,37	54,97	0,4	3,22	52,15	75,3
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,99	0,99	0	0,2	0,79	4968,4

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,87	0,87	0	0,14	0,73	5376,7
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	3,4	3,4	0	0,21	3,19	1230,4
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,11	2,11	0	0,09	2,02	1943,1

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

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Intensivpflege und Anästhesie
3	Pflege in der Onkologie
4	Bachelor
5	Hygienefachkraft hausübergreifend
6	Hygienebeauftragte in der Pflege
7	Pflege in der Endoskopie
8	Praxisanleitung

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

Zusatzqualifikationen	
1	Entlassungsmanagement
2	Kinästhetik
3	Kontinenzmanagement
4	Qualitätsmanagement
5	Schmerzmanagement
6	Stomamanagement
7	Wundmanagement
8	Basale Stimulation
9	Bobath
10	Geriatric Geriatrischer Schwerpunkt
11	Diabetes Stationsübergreifend organisiert
12	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
13	Palliative Care

## B-[2] Innere Medizin II - Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie, Infektionskrankheiten

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

<b>Abteilungsart:</b>	Hauptabteilung
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Innere Medizin II - Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie, Infektionskrankheiten
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak-klinikum.de">http://www.dasdiak-klinikum.de</a>



**Wir wollen unsere Patienten am medizinischen Fortschritt teilnehmen lassen, indem wir moderne Untersuchungs- und Behandlungsverfahren in allen unseren Teilgebieten frühzeitig anbieten.**

Der Fokus in diesem Bereich liegt auf Magen-, Darm-, Stoffwechsel- und Lebererkrankungen. Darüber hinaus erhalten Patienten mit Nierenerkrankungen und Lungen- bzw. Bronchialerkrankungen eine umfassende Behandlung.

Die Ausstattung der Endoskopie entspricht neuesten Erkenntnissen: Angefangen von der gesamten Routine-Endoskopie bei Magen-, Darm- und Atemwegsspiegelungen über die endoskopische Entfernung kleiner Tumoren bis hin zur endoskopischen Mukosaresektion (EMR) und endoskopischen Submukosadisektion (ESD) können wir alles anbieten. Seit vielen Jahren verfügen wir über eine Ballon-Enteroskopie zur endoskopischen Dünndarmdiagnostik und -therapie. Die Kapselendoskopie erlaubt uns eine nicht-invasive Darstellung des Dünndarms und lässt krankhafte Veränderungen dort erkennen.

In der Palliativmedizin, beispielsweise bei inoperablem Speiseröhren-, fortgeschrittenem Gallengangs- oder Bauchspeicheldrüsenkrebs, erlaubt unsere Ausstattung das Legen von Stents, um Verengungen durch bösartige Tumoren offenzuhalten.

Weiterhin bieten wir die Möglichkeit von Organpunktionen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken, um z. B. Lebertumoren gezielt mit Verödungsmitteln zu behandeln.

Auf dem Gebiet der Therapie von Magen-Darm-Erkrankungen besteht besondere Expertise in der Behandlung von chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen und Erkrankungen der Gallenwege und Bauchspeicheldrüse. Auch Patienten mit fortgeschrittenen Lebererkrankungen stehen alle modernen Therapiemöglichkeiten offen. Hierfür gibt es auch jeweils Spezial-Sprechstunden, so dass eine ambulante Weiterbetreuung ermöglicht wird.

Um Behandlungsangebote und Abläufe zu optimieren, arbeiten Bauchchirurgen und Magen-Darm-Spezialisten innerhalb der Bauchstation eng zusammen und führen gemeinsame Visiten durch.

Einen weiteren Schwerpunkt der gastroenterologischen Station bildet die Diabetologie. Sowohl für Typ I-Diabetiker, also Patienten mit absolutem Insulinmangel, als auch für den hohen Anteil der Typ II-Diabetiker mit Insulinresistenz bietet wir umfassende Behandlungs- und Beratungsmöglichkeiten, speziell auch bei der Ersteinstellung des Diabetes. Hierzu gehört ein professionelles Diabetes-Team aus vier Diabetologen sowie Diabetes-Beraterinnen und Diabetes-Assistentinnen (zertifiziert von der Deutschen Diabetes-Gesellschaft).

Der dritte Schwerpunkt unserer Klinik liegt auf den Infektionskrankheiten. Sowohl ambulant (z.B. HIV-Ambulanz, Hepatitis-Ambulanz) als auch stationär werden Patienten mit komplizierten Infektionen fachgerecht und nach neuesten Erkenntnissen behandelt.

Die Klinik für Innere Medizin II und Gastroenterologie nimmt an Studien teil zu :

- Divertikulitis
- Metastasiertem Magenkarzinom
- Kolorektalem Karzinom
- Bauchspeicheldrüsenentzündungen, für die keine Ursache zu ermitteln ist (sog. Idiopathische Pankreatitis)

An qualitätssichernden Maßnahmen führen wir u.a. eine Komplikationsstatistik in der Endoskopie, nehmen an der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz der Viszeralchirurgen teil und dokumentieren unsere Diabetiker-Betreuung über ein qualitätssicherndes zentral gesteuertes Software-Programm (DPV).

### B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(0100) Innere Medizin
2	(0107) Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie

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

<b>Name/Funktion:</b>	Prof. Dr. med. Markus Menges, Chefarzt
<b>Telefon:</b>	0791 753 4401
<b>Fax:</b>	0791 753 4904
<b>E-Mail:</b>	markus.menges@dasdiak.de

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

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

Erläuterungen: Zielvereinbarungen beziehen sich auf die Ertragslage des Klinikums und bestimmte Qualitätsmerkmale.

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von Lebererkrankungen aller Art
2	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
3	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
4	Endoskopie Endoskopie des gesamten oberen, mittleren und unteren Gastrointestinaltraktes, der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge und der Atemwege
5	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
6	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
7	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
8	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
9	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
13	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
14	Diagnostik und Therapie von Adipositaspatienten
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
16	Intensivmedizin
17	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
18	Dialyse
19	Native Sonographie
20	Eindimensionale Dopplersonographie
21	Duplexsonographie
22	Sonographie mit Kontrastmittel
23	Endosonographie
24	Kapsel-Endoskopie
25	Sonographisch gezielte Punktionen
26	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen

Medizinische Leistungsangebote	
27	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation

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

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) außerdem geeignete Spezialmatrasen verfügbar
2	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter Patientenlifter, Aufstehhilfen, Toiletten- und Duschstühle mit besonderer Tragkraft vorhanden
3	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe Gehwagen, Toilettensitzerhöhungen mit besonderer Tragkraft vorhanden; Bauchgurte, Einlagen und Patientenhemden in Sondergrößen verfügbar

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

Vollstationäre Fallzahl: 3167

Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	184
2	A09	Magen-Darm-Grippe und sonstige Entzündung des Dickdarmes	161
3	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	112
4	K80	Gallensteinleiden	94
5	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	94
6	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	90
7	N17	Akutes Nierenversagen	85
8	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	81
9	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	80
10	K25	Magengeschwür	68
11	K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	59
12	J69	Lungenentzündung durch Einatmen fester oder flüssiger Substanzen, z.B. Nahrung oder Blut	56
13	D50	Blutarmut durch Eisenmangel	56
14	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	55

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
15	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	53
16	J20	Akute Bronchitis	46
17	J22	Akute Entzündung der unteren Atemwege, vom Arzt nicht näher bezeichnet	46
18	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	45
19	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	44
20	K83	Sonstige Krankheit der Gallenwege	42

## B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	1204
2	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	730
3	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	558
4	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	475
5	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	331
6	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	326
7	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	278
8	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	268
9	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	212
10	1-442	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Leber, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	138
11	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	115
12	5-469	Sonstige Operation am Darm	112
13	1-631	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung	111
14	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	105
15	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	92

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
16	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	83
17	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	79
18	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	77
19	1-63b	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung	76
20	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	65

## B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Gastroenterologische Sprechstunde
	VI00 - allgemeine gastroenterologische Fragestellungen
	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VI35 - Endoskopie
2	Morbus Crohn- / Colitis ulcerosa- Sprechstunde
	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
3	Lebersprechstunde
	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
4	HIV-Sprechstunde
	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
5	Gastroenterologische Privatsprechstunde
6	Gastroenterologische Notfallambulanz (24h)

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

Ambulante Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffe bieten wir im Rahmen der kassenärztlichen Zulassungen und der Privatsprechstunden an.

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

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[2].11 Personelle Ausstattung

### B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	14,04	13,94	0,1	0,77	13,27	238,7
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,91	5,81	0,1	0,71	5,2	609,0

### B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und SP Gastroenterologie
3	Innere Medizin und SP Nephrologie

### B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Infektiologie
2	Diabetologie
3	Geriatric
4	Intensivmedizin Spezielle internistische Intensivmedizin

## B-[2].11.2 Pflegepersonal

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	33,86	33,66	0,2	0,9	32,96	96,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,78	0,78	0	0,07	0,71	4460,6
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,89	0,89	0	0,05	0,84	3770,2
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	2,73	2,73	0	0,08	2,65	1195,1
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,57	1,57	0	0,04	1,53	2069,9

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

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Pflege in der Onkologie
4	Bachelor
5	Hygienefachkraft hausübergreifend
6	Hygienebeauftragte in der Pflege
7	Pflege in der Endoskopie
8	Praxisanleitung

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

	Zusatzqualifikationen
1	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	Entlassungsmanagement
3	Kinästhetik
4	Kontinenzmanagement
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Basale Stimulation
8	Bobath
9	Wundmanagement
10	Geriatric Geriatrischer Schwerpunkt
11	Diabetes Stationsübergreifend organisiert
12	Stomamanagement Stationsübergreifend organisiert
13	Palliative Care

## B-[3] Innere Medizin III - Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin

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

<b>Abteilungsart:</b>	Hauptabteilung
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Innere Medizin III - Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak-klinikum.de">http://www.dasdiak-klinikum.de</a>



**Wir sind auf dem Laufenden und sorgen durch vielfältige Therapieangebote für eine Krebstherapie, die auf die individuellen Bedürfnisse jedes Patienten zugeschnitten ist.**

Stark an Bedeutung gewonnen hat die Onkologie, die seit 2008 eine eigene Abteilung bildet. Für onkologische Erkrankungen einschließlich akuter Leukämie gewährleisten wir unterschiedlichste Behandlungsmöglichkeiten. Dazu gehören medikamentöse Krebstherapien bis hin zu autologen Stammzelltransplantationen. Durch die enge Zusammenarbeit mit der großen und leistungsfähigen Blutbank des Instituts für Labor- und Transfusionsmedizin besteht jederzeit die Option, Blutprodukte, insbesondere Thrombozyten, zu ersetzen. Allogene Knochenmarktransplantationen werden in Kooperation mit dem Diakonie-Klinikum Stuttgart durchgeführt. Transplantierte Patienten werden - wenn nötig - unmittelbar in unserer Onkologie stationär oder in der Tagesklinik weiterversorgt.

Unser Ärzte- und Pflegeteam ist palliativmedizinisch geschult und wird durch den Krebsverein Schwäbisch Hall bei der psychosozialen Betreuung der Patienten sinnvoll unterstützt. Die Abteilung unterhält 4 Palliativbetten in einem dafür besonders ausgestatteten Bereich.

Bei onkologischen Erkrankungen wird die fachliche Kompetenz von Ärzten aus unterschiedlichen Disziplinen in sogenannten Krebszentren gebündelt. Dort arbeiten die Spezialisten des erkrankten Organs (z.B. Frauenärzte, Urologen, Darmspezialisten) mit Onkologen (Chemotherapie), Strahlentherapeuten und Radiologen (Röntgendiagnostik) zusammen, um jedem Patienten die für ihn optimale Therapie anbieten zu können. In wöchentlichen Sitzungen wird die Behandlung und Therapie eines jeden Patienten im interdisziplinären Team gemeinsam besprochen. Darüber hinaus sind auch Psychoonkologen, Mitarbeiter des Sozialdienstes sowie speziell geschultes Pflegepersonal und Therapeuten an den Krebszentren beteiligt. Mit ihren Gesprächs- und Hilfsangeboten stehen sie den Patienten beratend zur Seite und unterstützen sie bei der Verarbeitung der Diagnose als auch bei alltäglichen Problemen nach dem Krankenhausaufenthalt. Die im Diakonie-Klinikum etablierten Zentren für Brustkrebs, Unterleibskrebs, Darmkrebs und

Prostatakrebs sind nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert, was die Erfüllung eines strengen Auflagenkatalogs voraussetzt.

In 2016 wurde die Onkologische Klinik selbst als Onkologisches Zentrum Hohenlohe nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie zertifiziert.

Die Klinik für Innere Medizin III und Onkologie ist u.a. Mitglied von Studiengruppen zur Erforschung von

- Akuten Leukämien
- Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphomen
- Chronisch myeloischer Leukämien
- Chronisch lymphatischen Leukämien

Weitere Studien werden bei Bauchspeicheldrüsenkrebs, Darmkrebs und anderen soliden Tumoren angeboten.

### B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(0100) Innere Medizin
2	(0105) Inn. Medizin/Schwerp. Hämatologie/internist. Onkologie
3	(3752) Palliativmedizin

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

<b>Name/Funktion:</b>	Dr. med. Thomas Geer, Chefarzt
<b>Telefon:</b>	0791 753 4403
<b>Fax:</b>	0791 753 4969
<b>E-Mail:</b>	thomas.geer@dasdiak.de

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

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

Ja

**Erläuterungen:** Zielvereinbarungen beziehen sich auf die Ertragslage des Klinikums und bestimmte Qualitätsmerkmale.

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
2	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
3	Onkologische Tagesklinik
4	Palliativmedizin
5	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation Vorbereitung und Nachsorge bei Stammzelltransplantation

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

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) außerdem geeignete Spezialmatratzen verfügbar
2	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter Patientenlifter, Aufstehhilfen, Toiletten- und Duschstühle mit besonderer Tragkraft vorhanden
3	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe Gehwagen, Toilettensitzerhöhungen mit besonderer Tragkraft vorhanden; Bauchgurte, Einlagen und Patientenhemden in Sondergrößen verfügbar

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

Vollstationäre Fallzahl:	1136
Teilstationäre Fallzahl:	0

### B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	121
2	C92	Knochenmarkkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Granulozyten)	60
3	C83	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst - Nicht follikuläres Lymphom	58
4	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	55
5	C16	Magenkrebs	41
6	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	40

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
7	C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	32
8	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	32
9	C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	32
10	C15	Speiseröhrenkrebs	29
11	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	27
12	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	26
13	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	25
14	D70	Mangel an weißen Blutkörperchen	24
15	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	23
16	C13	Krebs im Bereich des unteren Rachens	21
17	C50	Brustkrebs	19
18	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	16
19	C81	Hodgkin-Lymphknotenkrebs - Morbus Hodgkin	13
20	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	13

## B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	352
2	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	228
3	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	202
4	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	163
5	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	107
6	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	103
7	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	92
8	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	83
9	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	70
10	8-544	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 5-8 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	47

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
11	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	44
12	6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	42
13	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	37
14	8-982	Fachübergreifende Sterbebegleitung	36
15	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	33
16	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	32
17	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	31
18	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	26
19	6-004	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 4 des Prozedurenkatalogs	24
20	1-853	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	23

## B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Onkologische Sprechstunde
	VI00 - Knochenmarkpunktionen
	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	VR02 - Native Sonographie
	VI37 - Onkologische Tagesklinik
	ambulante Diagnostik: Hämatologisch-onkologische Differentialdiagnostik; Sonographie; Diagnostische und therapeutische Punktionen; Nutzung sämtlicher diagnostischer Methoden des Diakonie-Klinikums möglich (CT, MRT, Röntgen, Endoskopien, Labor etc.).
2	Onkologische Privatsprechstunde
3	Onkologische Notfallambulanz (24h)

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

Ambulante Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffe bieten wir im Rahmen der kassenärztlichen Zulassungen und der Privatsprechstunden an.

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

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[3].11 Personelle Ausstattung

### B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	8,66	8,46	0,2	2,29	6,37	178,3
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,6	4,4	0,2	2,29	2,31	491,8

### B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Diabetologie
2	Palliativmedizin

### B-[3].11.2 Pflegepersonal

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	19,14	19,04	0,1	4,37	14,77	76,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,17	0,17	0	0,17	0	0,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,72	0,72	0	0	0,72	1577,8
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,07	1,07	0	0,34	0,73	1556,2
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,85	0,85	0	0,33	0,52	2184,6

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

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Intensivpflege und Anästhesie
3	Pflege in der Onkologie
4	Bachelor
5	Hygienefachkraft hausübergreifend
6	Hygienebeauftragte in der Pflege
7	Pflege in der Endoskopie
8	Praxisanleitung

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

	Zusatzqualifikationen
1	Diabetes
2	Entlassungsmanagement
3	Kontinenzmanagement
4	Stomamanagement
5	Basale Stimulation
6	Bobath
7	Schmerzmanagement
8	Wundmanagement
9	Kinästhetik
10	Geriatric Geriatrischer Schwerpunkt
11	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
12	Palliative Care
13	Qualitätsmanagement

## B-[4] Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

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

<b>Abteilungsart:</b>	Hauptabteilung
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak-klinikum.de">http://www.dasdiak-klinikum.de</a>



**Kindgerechte Krankenhausbehandlung erfordert nicht nur einen besonderen Umgang mit den kleinen Patienten, sondern vor allem spezielle Formen der Diagnostik und Therapie für Kinder.**

Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin versorgt und behandelt Kinder und Jugendliche von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr. Das Spektrum umfasst alle Krankheiten des Kindes- und Jugendalters wie Infektionskrankheiten, Allergien, Erkrankungen des Magen-Darm-Systems, der Lunge, des Herz-Kreislauf-Systems, der inneren Organe, des Stoffwechsels, des Blutsystems, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Gehirn- und Nervensystems, des Hormonsystems, Gedeih- und Wachstumsstörungen und chirurgisch zu behandelnde Erkrankungen.

Besondere Schwerpunkte sind die Behandlung von Früh- und Neugeborenen, Kinderkardiologie (ambulant und stationär), Rheumatologie, die Behandlung von Kindern mit Stoffwechselerkrankungen und Hormonstörungen wie z.B. Diabetes, neurologische Erkrankungen, Entwicklungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, psychosomatischen Störungen und Behinderungen.

Bei Krankheiten, die die Versorgungsroutine unserer Klinik übersteigen, arbeiten wir mit den großen umliegenden Zentren zusammen, vorzugsweise mit der Universitätskinderklinik Heidelberg, deren Lehrkrankenhaus das Diakonie-Klinikum ist, den Universitätskliniken Ulm, Würzburg und Erlangen und dem Olgahospital in Stuttgart. Wir sorgen dafür, dass jedes Kind die bestmögliche Versorgung erhält. Zu besonderen Eingriffen wie z.B. Herzoperationen werden Kinder in spezialisierte Zentren verlegt und anschließend bei uns heimatnah weiter betreut.

Eine sehr enge Zusammenarbeit besteht mit der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Sie reicht von der gemeinsamen vorgeburtlichen Beratung und der gemeinsamen Versorgung von Kindern bei Risikogeburten und Kaiserschnitten bis zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchung bei den Neugeborenen. Wann immer bei Neugeborenen Probleme auftreten, kommen wir sofort helfend dazu. Wenn immer möglich, werden Mutter und Neugeborenes nicht getrennt. Treten bei oder nach der Geburt in den umliegenden Entbindungskliniken in Öhringen oder Crailsheim Probleme auf, leisten wir mit unserem Neugeborenen-Notarzteinsatz Unterstützung und versorgen die Neugeborenen, soweit es erforderlich ist, weiter.

Die gute und enge Zusammenarbeit von Eltern, Ärzten und Pflegepersonal trägt zur rascheren Genesung unserer kleinen Patienten bei. Kinder sind keine "kleinen Erwachsenen". Sie haben andere Krankheiten, sie verhalten sich immunologisch anders und verdienen besondere Zuwendung. Unsere Klinik hat sich umfassend auf ihre Versorgung und Betreuung eingerichtet.

Es besteht ein umfangreiches Zusatzangebot, um eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. In der Schule für Kranke werden Kinder unterrichtet, die längere Zeit oder in regelmäßigen Abständen im Krankenhaus sind. Es gibt Spiel- und Bastelräume unter der Leitung ausgebildeter Pädagoginnen und Pädagogen, einen Außenspielplatz und eine Bücherei. Ergo-, Logo- und Physiotherapeutinnen mit Spezialisierung auf den pädiatrischen Bereich gehören zum Team. Klinikclowns besuchen die Kinder.



Seit Mai 2014 befindet sich die Klinik für Kinder und Jugendliche in einem Neubau, der mit dem Krankenhaus-Hauptgebäude verbunden ist.

### **Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote**

- Allgemeine Kinderheilkunde: Stationäre Versorgung und Behandlung aller nicht chirurgisch zu behandelnder Erkrankungen und Entwicklungsstörungen des Kindes- und Jugendalters
- Operative Kinderheilkunde: Stationäre Versorgung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit allgemeinchirurgischen Erkrankungen, Unfällen, Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten, kieferchirurgischen Erkrankungen, urologischen Erkrankungen, Erkrankungen der Augen oder neurochirurgisch zu behandelnde Erkrankungen
- Neuropädiatrie: Diagnose und Behandlung von neurologischen Erkrankungen
- Intensivmedizin: Behandlung von lebensbedrohlichen Erkrankungen
- Neonatologie und Frühgeborenenmedizin: Behandlung von Neugeborenen und Frühgeborenen. Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und die Frauenklinik des Diak sind zusammen als Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe (Level 1) anerkannt. Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit werden im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Neonatologie primär in Ulm und dann im weiteren Verlauf in Schwäbisch Hall versorgt.
- Kinderrheumatologie: Diagnostik und Behandlung rheumatischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
- Diabetes: stationäre und ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes
- Psychosomatik: Behandlung von Kindern- und Jugendlichen, deren Erkrankungen psychische Ursachen haben oder deren Folgen im Vordergrund stehen
- Sozialpädiatrie: Behandlung und Versorgung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen, Entwicklungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten oder Behinderungen sowie Vernachlässigung oder Misshandlung.

### **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

- Allgemeinpädiatrische Ambulanz: Versorgung von Kindern auf Überweisung durch niedergelassene Kinderärzte
- Kinderkardiologische Ambulanz
- Spezialambulanzen für nephrologische und urologische Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen und Diabetes, Ultraschalluntersuchungen, Gastroenterologie, Hämatologie, Rheumatische Erkrankungen, Lungenerkrankungen und hier insbesondere Asthma und Allergien.
- Kinder- und Jugendpsychiatrie in Zusammenarbeit mit Frau Dr. Christa Waller, niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterin
- Sozialpädiatrisches Zentrum: Hier bündeln sich die Kompetenzen von Kinderheilkunde, Rehabilitation und öffentlichem Gesundheitsdienst. Arzt, psychologischer Dienst, Physiotherapeut, Ergotherapeut, Logopäde und Sozialer Dienst arbeiten multidisziplinär zusammen, um für Kinder und Jugendliche unabhängig vom Alter eine ganzheitliche Therapie zu gewährleisten. Schwerpunkte sind:
  - Mehrfachbehinderungen
  - Entwicklungsstörungen
  - "Schulschwierigkeiten" in allen Teilleistungsbereichen (inkl. Konzentrationsstörungen, hyperkinetisches Syndrom)
  - Epilepsien
  - Neurologische und neuromuskuläre Erkrankungen
  - Psychosoziale Störungen und Probleme
  - Zustände nach Schädelhirntrauma oder andersartigen Defektzuständen des Nervensystems zur Rehabilitation
  - Motorische Störungen (Psychomotorikgruppen, die in einer Kooperation mit der TSG Schwäbisch Hall angeboten werden)
  - Entwicklungsneurologische Nachsorge von ehemaligen Frühgeborenen Kindern und Risikoneugeborenen

### **Qualitätsmanagement**

- Teilnahme an der Neonatalerhebung in Baden-Württemberg
- Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Neonatologie ARGE Ulm
- Veröffentlichung der Qualitätsdaten von Frühgeborenen auf der Website des IQTIG Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen
- Teilnahme an NEO-KISS (Infektions-Surveillance bei Frühgeborenen)
- Qualitätssicherung in der Rheumatologie
- DPV; Qualitätssicherung in der Kinder-Diabetologie

### B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(1000) Pädiatrie
2	(1012) Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
3	(1028) Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
4	(1050) Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin

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

<b>Name/Funktion:</b>	Prof. Dr. med. univ. Andreas Holzinger, Chefarzt
<b>Telefon:</b>	0791 753 4509
<b>Fax:</b>	0791 753 4914
<b>E-Mail:</b>	andreas.holzinger@dasdiak.de

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

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

Ja

<b>Erläuterungen:</b>	Zielvereinbarungen beziehen sich auf die Ertragslage des Klinikums und bestimmte Qualitätsmerkmale.
-----------------------	---

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

	Medizinische Leistungsangebote
1	Neonatologie Perinatalzentrum Level 1
2	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
3	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
4	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
5	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
6	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
7	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
8	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
9	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
10	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
11	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Medizinische Leistungsangebote	
	nur Diagnostik
12	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
13	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
14	Diagnostik und Therapie von Allergien
15	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) nur Diagnostik
16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
19	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
23	Versorgung von Mehrlingen
24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
25	Neugeborenencreening
26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
28	Pädiatrische Psychologie
29	Spezialsprechstunde
30	Immunologie
31	Kinderchirurgie
32	Kindertraumatologie
33	Neuropädiatrie
34	Sozialpädiatrisches Zentrum
35	Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen

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

**Vollstationäre Fallzahl:** 2817

**Teilstationäre Fallzahl:** 0

## B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Verletzung des Schädelinneren	324
2	A09	Magen-Darm-Grippe und sonstige Entzündung des Dickdarmes	168
3	J06	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege	154
4	J20	Akute Bronchitis	129
5	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	114
6	A08	Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Viren oder sonstige Krankheitserreger	95
7	P28	Sonstige Störung der Atmung mit Ursprung in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt	62
8	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	58
9	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	51
10	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	47
11	F90	Störung bei Kindern, die mit einem Mangel an Ausdauer und einer überschießenden Aktivität einhergeht	47
12	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	45
13	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	41
14	P59	Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Ursachen	39
15	J03	Akute Mandelentzündung	39
16	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	39
17	B34	Viruskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	35
18	P39	Sonstige ansteckende Krankheit die für die Zeit kurz vor, während und kurz nach der Geburt kennzeichnend ist	35
19	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	33
20	J05	Akute Kehlkopfentzündung mit Atemnot (Krupp) bzw. Kehledeckelentzündung	32

## B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	471
2	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	295
3	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	274
4	8-010	Gabe von Medikamenten bzw. Salzlösungen über die Gefäße bei Neugeborenen	222
5	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	156
6	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	152
7	8-015	Künstliche Ernährung über eine Magensonde als medizinische Hauptbehandlung	139
8	9-403	Behandlung neurologischer oder psychischer Krankheiten von Kindern unter Erfassung des psychosozialen Hintergrundes (z.B. familiäre Situation) bzw. mit Berücksichtigung des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden	115
9	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	96
10	8-700	Offenhalten der Atemwege durch einen Schlauch über Mund oder Nase	84
11	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	70
12	9-500	Patientenschulung	50
13	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	40
14	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	30
15	8-158	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in ein Gelenk mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	28
16	1-316	Säuremessung in der Speiseröhre	23
17	8-811	Ausgleich eines Flüssigkeitsmangels bei Neugeborenen durch Einbringen von Flüssigkeit über eine Vene	22
18	9-201	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen	20
19	6-004	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 4 des Prozedurenkatalogs	17
20	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	17

## B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Kinder-Kardiologische Ambulanz
	VK01 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
2	Kinder-Endokrinologische Ambulanz
	VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
	VK15 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
	VK37 - Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen
3	Sonographie Ambulanz der Kinderklinik
	VR02 - Native Sonographie
4	Kinder-Rheumatologische Ambulanz
	VK09 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
5	Ambulanz für frühkindliche Regulationsstörungen (Schreikinder)
	VK29 - Spezialsprechstunde
6	Ambulanz für Allgemeine Pädiatrie
	EEG, Hörteste, Blutabnahmen
7	Kinder-Gastroenterologische Ambulanz
	VK07 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
	VK13 - Diagnostik und Therapie von Allergien
	H2 Teste, Bauchschmerzabklärung
8	Kinder-Diabetologische Sprechstunde
	VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
9	Kinder-Privat-Ambulanz
10	Kinder-Notfall-Ambulanz
11	SPZ-Sprechstunde (Sozialpädiatrisches Zentrum)

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

Ambulante Untersuchungen und Behandlungen bieten wir im Rahmen der kassenärztlichen Zulassungen, der Privatsprechstunden und im Sozialpädiatrischen Zentrum an.

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

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[4].11 Personelle Ausstattung

### B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	18,31	18,21	0,1	3	15,31	184,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,42	7,31	0,11	2,61	4,81	585,7

### B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
1	Kinder- und Jugendmedizin
2	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie
3	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie
4	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie

### B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Diabetologie Diabetologe DDG
2	Intensivmedizin Spezielle pädiatrische Intensivmedizin
3	Kinder-Rheumatologie

## B-[4].11.2 Pflegepersonal

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,58	0,58	0	0,26	0,32	8803,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	48,05	48,05	0	0,06	47,99	58,7
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	2,11	2,11	0	0,02	2,09	1347,9
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,83	1,83	0	0	1,83	1539,3

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

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Bachelor
4	Hygienefachkraft hausübergreifend
5	Hygienebeauftragte in der Pflege
6	Pflege in der Endoskopie
7	Praxisanleitung

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

Zusatzqualifikationen	
1	Basale Stimulation
2	Entlassungsmanagement
3	Qualitätsmanagement
4	Schmerzmanagement
5	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
6	Kinästhetik
7	Stomamanagement
8	Diabetes

## B-[5] Chirurgische Klinik I - Allgemein- und Viszeralchirurgie

### B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Abteilungsart:</b>	Hauptabteilung
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Chirurgische Klinik I - Allgemein- und Viszeralchirurgie
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak-klinikum.de">http://www.dasdiak-klinikum.de</a>



**Bestimmte Krankheiten können nur operativ erfolgreich behandelt werden. Die Fortschritte der Operationstechniken ermöglichen schonende Eingriffe mit weniger Schmerzen und schnellerer Heilung.**

Neben den gängigen offenen Eingriffen im Bauchraum (Viszera = Eingeweide) haben sich die **minimal invasiven (laparoskopischen) Operationstechniken** zu einem besonderen operativen Schwerpunkt der Chirurgischen Klinik I entwickelt. Das geringere Operationstrauma mit dadurch bedingter Schmerzreduktion, der beschleunigte Kostaufbau und die Mobilisation haben zu einer Verkürzung der Liegedauer bei großen Operationen geführt. Kleinere Eingriffe (Leistenhernien, Galle- und Schilddrüsenoperationen sowie Operationen im Enddarmbereich, ca. 70 %) werden zunehmend kurzstationär versorgt.

Die Entscheidung über die offene oder minimal invasive Technik wird einzelfallbezogen (Individualisierte Medizin) mit dem Patienten besprochen und findet Anwendung:

- im Bereich der **Allgemein- und Viszeralchirurgie** (Eingriffe in den Bauch bzw. Operation der Eingeweide): bei Operationen der Drüsen (Schild-, Bauchspeichel- und Nebenschilddrüse), der Speiseröhre, des Magens, des Darms, der Leber und der Gallenblase sowie des Blinddarmfortsatzes (Appendix).
- im Bereich der **Thoraxchirurgie** (Eingriffe in den Brustkorb): bei einfachen Operationen der Lunge (Große operative Eingriffe der Lunge verweisen wir an die Thoraxklinik in Löwenstein, mit der wir eine enge Zusammenarbeit pflegen.)

Die Chirurgische Klinik I gehört zu den vier Organkrebszentren des Diakonie-Klinikums. Bei onkologischen Erkrankungen wird die fachliche Kompetenz von Ärzten aus unterschiedlichen Disziplinen in sogenannten Krebszentren gebündelt. Dort arbeiten die Spezialisten des erkrankten Organs (z.B. Frauenärzte, Urologen, Darmspezialisten) mit Onkologen (Chemotherapie), Strahlentherapeuten und Radiologen (Röntgendiagnostik) zusammen, um jedem Patienten die für ihn optimale Therapie anbieten zu können. In wöchentlichen Sitzungen wird die Behandlung und Therapie eines jeden Patienten im interdisziplinären Team gemeinsam besprochen (Tumorboard).

Darüber hinaus sind auch Psychoonkologen, Mitarbeiter des Sozialdienstes sowie speziell geschultes Pflegepersonal und Therapeuten an den Krebszentren beteiligt. Mit ihren Gesprächs- und Hilfsangeboten stehen sie den Patienten beratend zur Seite und unterstützen sie bei der Verarbeitung der Diagnose als auch bei alltäglichen Problemen nach dem Krankenhausaufenthalt. Die im Diakonie-Klinikum etablierten Zentren für Brustkrebs, Unterleibskrebs, Darmkrebs und Prostatakrebs sind nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert, was die Erfüllung eines strengen Auflagenkatalogs voraussetzt.

Die Onkologische Klinik des Diak wurde erstmals in 2016 als Onkologisches Zentrum Hohenlohe nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie zertifiziert.

Die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit benachbarten Teilgebieten ist aus einer modernen Klinik nicht mehr wegzudenken. Seit 2007 arbeiten die Viszeralchirurgen und die Magen-Darm-Spezialisten der Inneren Medizin auf der **interdisziplinären gastroenterologisch-viszeralchirurgischen Station** ("Bauchstation") eng zusammen und führen gemeinsame Untersuchungen und Visiten bei Patienten mit Erkrankungen der Gallenblase, des Darms, aber auch von Leber und Bauchspeicheldrüse durch. Dadurch bekommen die Patienten eine umfassende und fundierte Beratung, ob eine Operation notwendig ist oder sich vermeiden lässt.

Auch im **interdisziplinären Adipositaszentrum** arbeiten Spezialisten aus der Viszeralchirurgie, der Inneren Medizin und der Psychosomatik zusammen mit Diät- und Diabetesberaterinnen und Therapeuten Hand in Hand. Für Patienten mit krankhaftem Übergewicht (Adipositas) stehen neben allgemeinen Maßnahmen wie Bewegungstraining, Schulungen zur Ernährung und Reduzierung vermeidbarer Kalorien auch sämtliche operativen Eingriffe inklusive plastischer Operationen zur Verfügung.

Die Chirurgische Klinik I verfolgt das Konzept der kurzen Wege und der flachen Hierarchien. "Es gibt keine Bereichsgeismen" lautet das Motto von Chefarzt Prof. Dr. Markus Golling. Die optimale Versorgung der Patienten und der Erfolg des Klinikums stehen im Vordergrund. Die Fallschwere der Abteilung bestätigt seine Vision zur Entwicklung des Hauses zum Maximalversorger. Immerhin beträgt die Entfernung zu den nächsten Schwerpunktversorgern mehr als 50 Kilometer.

Die Integration neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse und innovativer Methoden ist ein wesentliches Anliegen des Leiters der Klinik. Gemeinsam mit der Universität Heidelberg und anderen renommierten europäischen Universitäten ist die Klinik in eine Vielzahl von Studien (z.B. AC/DC, MSKK, SYNCHRONOUS) eingebunden.

Darüber hinaus engagieren sich die Mitarbeiter als Doktoranden in besonderen Fragestellungen zur Verbesserung des Bauchdeckenverschlusses oder zu Fragestellungen bei Schilddrüsenoperationen.

Für minimal invasive Trainingsmethoden existiert ein OP-Simulator, der die jungen Kollegen über die virtuelle Realität an die Operation heranführt.

### B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie
2	(2000) Thoraxchirurgie
3	(3757) Visceralchirurgie

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

<b>Name/Funktion:</b>	Prof. Dr. med. Markus Golling, Chefarzt
<b>Telefon:</b>	0791 753 4201
<b>Fax:</b>	0791 753 4904
<b>E-Mail:</b>	markus.golling@dasdiak.de

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

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

Ja

<b>Erläuterungen:</b>	Zielvereinbarungen beziehen sich auf die Ertragslage des Klinikums und bestimmte Qualitätsmerkmale.
-----------------------	---

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Magen-Darm-Chirurgie
2	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
3	Tumorchirurgie zertifiziertes Darmkrebszentrum nach der Deutschen Krebsgesellschaft und nach DIN EN ISO 9001:2008
4	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
5	Endokrine Chirurgie
6	Hernienchirurgie Kompetenzzentrum Hernienchirurgie der Deutschen Herniengesellschaft DHG seit 2016
7	Koloproktologische Eingriffe
8	Adipositaschirurgie
9	Chirurgische Intensivmedizin
10	Thorakoskopische Eingriffe
11	Minimalinvasive endoskopische Operationen
12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs

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

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) außerdem geeignete Spezialmatrasen verfügbar
2	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter Patientenlifter, Aufstehhilfen, Toiletten- und Duschstühle mit besonderer Tragkraft vorhanden
3	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe Gehwagen, Toilettensitzerhöhungen, Sitzstühle mit besonderer Tragkraft vorhanden; Bauchgurte, Einlagen und Patientenhemden in Sondergrößen verfügbar
4	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten Waage mit Tragkraft 250 kg vorhanden

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

Vollstationäre Fallzahl:	1958
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K40	Leistenbruch (Hernie)	222
2	K80	Gallensteinleiden	176
3	K35	Akute Blinddarmentzündung	155
4	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	149
5	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	133
6	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	79
7	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	75
8	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	64
9	K60	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Afters oder Mastdarms	60
10	E66	Fettleibigkeit, schweres Übergewicht	58
11	K64	Hämorrhoiden und Verschluss der Venen in der Nähe des Darmausgangs durch ein Blutgerinnsel	53

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
12	K61	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters	51
13	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	44
14	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	44
15	K42	Nabelbruch (Hernie)	43
16	E05	Schilddrüsenüberfunktion	30
17	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	25
18	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	23
19	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	23
20	C73	Schilddrüsenkrebs	22

## B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	273
2	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	255
3	5-469	Sonstige Operation am Darm	250
4	5-069	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen	232
5	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	230
6	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	181
7	5-455	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms	160
8	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	155
9	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	145
10	5-063	Operative Entfernung der Schilddrüse	122
11	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	93
12	5-061	Operative Entfernung einer Schilddrüsenhälfte	85
13	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters	81
14	8-176	Behandlung durch Spülung des Bauchraumes bei vorhandener Flüssigkeitsableitung und vorübergehendem Verschluss der Bauchdecke	78
15	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	77
16	5-536	Operativer Verschluss eines Narbenbruchs (Hernie)	76
17	5-491	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)	71
18	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	66

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
19	5-406	Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region im Rahmen einer anderen Operation	64
20	5-434	Selten verwendete Technik zur operativen Teilentfernung des Magens	59

## B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezielle Viszeralchirurgische Sprechstunde
	VC00 - Leistenhernien
	VC00 - Schilddrüse
	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	Schilddrüse, Hernie, Galle, Lymphknoten, Weichteile, Kindersprechstunde
2	Endokrinologische Sprechstunde
	VC21 - Endokrine Chirurgie
3	Spezielle Colorektale Tumorsprechstunde
	VC00 - Rektumkarzinom
	VC24 - Tumorchirurgie
4	Adipositasprechstunde
	VC60 - Adipositaschirurgie
5	Proktologische Sprechstunde
	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
6	Privatsprechstunde Prof. Golling
7	Allgemeinchirurgische Notfallambulanz

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

Weitere ambulante Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffe bieten wir im Rahmen der kassenärztlichen Zulassungen und der Privatsprechstunden an.

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	48
2	5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	26
3	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	19
4	5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausgangs	18
5	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	15

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[5].11 Personelle Ausstattung

### B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	12,57	12,57	0	0,65	11,92	164,3
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,82	7,82	0	0,57	7,25	270,1

### B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
1	Viszeralchirurgie
2	Allgemeinchirurgie
3	Gefäßchirurgie

### B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Spezielle Viszeralchirurgie
2	Proktologie
3	Intensivmedizin Chirurgische Intensivmedizin
4	Notfallmedizin

## B-[5].11.2 Pflegepersonal

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	40,52	40,22	0,3	1,68	38,84	50,4
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,95	1,95	0	0,16	1,79	1093,9
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,46	2,46	0	0,1	2,36	829,7
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	4,16	4,16	0	0,11	4,05	483,5
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,04	1,04	0	0,05	0,99	1977,8
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,67	3,67	0	0,28	3,39	577,6

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

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Operationsdienst
4	Pflege in der Onkologie
5	Bachelor
6	Hygienefachkraft hausübergreifend
7	Hygienebeauftragte in der Pflege
8	Pflege in der Endoskopie
9	Praxisanleitung

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

	Zusatzqualifikationen
1	Entlassungsmanagement
2	Kinästhetik
3	Kontinenzmanagement
4	Qualitätsmanagement
5	Basale Stimulation
6	Bobath
7	Schmerzmanagement
8	Wundmanagement
9	Geriatric Geriatrischer Schwerpunkt
10	Diabetes Stationsübergreifend organisiert
11	Stomamanagement Stationsübergreifend organisiert
12	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
13	Palliative Care

## B-[6] Chirurgische Klinik II - Unfallchirurgie

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

<b>Abteilungsart:</b>	Hauptabteilung
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Chirurgische Klinik II - Unfallchirurgie
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak-klinikum.de">http://www.dasdiak-klinikum.de</a>



**Die Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie ist die erste Anlaufstelle für Unfälle und Verletzungen aller Schweregrade in Schwäbisch Hall und Umgebung.**

Sie übernimmt seit Jahren die Versorgungsaufgaben eines Schwerverletztenzentrums der Region Hohenlohe / Schwäbisch Hall und ist Mitglied des Traumanetzwerks Nord-Württemberg in der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). Das regionale Trauma Zentrum ist nach den Vorgaben der DGU zertifiziert. Die Klinik ist zum Verletztenartenverfahren der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zugelassen (VAV-Klinik).

Seit Dezember 2016 ist die Unfallchirurgie des Diakonie-Klinikums zusammen mit der Geriatrie des Landkreisklinikums in Crailsheim als kooperatives Alterstraumazentrum zertifiziert. Dies ist der Erfolg einer seit Jahren bestehenden Zusammenarbeit zwischen Unfallchirurgen und Geriatern zur weiteren Verbesserung der Behandlungsqualität alterstraumatologischer Patienten.

Kompetente Betreuung im Bereich der Unfallchirurgie und Orthopädie ist nicht von einem einzelnen Spezialisten durchzuführen. Viele Mitarbeiter besitzen deshalb spezielle zertifizierte Kompetenzen, die sie in die tägliche Arbeit einbringen.

Für die einzelnen Körperregionen und Krankheitsbilder stehen speziell weitergebildete Kolleginnen und Kollegen mit ihren Spezialgebieten bereit.

#### **Spezialgebiete**

- Unfallchirurgie
- Alterstraumatologie
- Endoprothetik Hüft- und Kniegelenk (gemeinsam mit der Orthopädie)
- Minimal invasive Gelenkchirurgie (Hüfte, Knie, gemeinsam mit der Orthopädie)
- Schulterchirurgie (einschl. Endoprothetik)

- Wirbelsäulenchirurgie (einschl. minimalinvasive Methoden)
- Fußchirurgie (gemeinsam mit der Orthopädie)
- Kindertraumatologie

### **Behandlungsspektrum**

- Verletzungen der Extremitäten
- Verletzungen der Wirbelsäule und des Becken
- Endoprothetik Hüfte, Knie, Schulter, Ellenbogen
- Arthroskopische Interventionen an Hüft-, Knie-, Schulter-, Ellenbogen- und Sprunggelenk
- Verletzungen der Hand einschl. mikrochirurgischer Gefäß- und Nervenrekonstruktionen
- Rekonstruktion von Fußverletzungen und Fußdeformitäten
- Knochen- und Weichteiltumoren
- Infekte im Bereich der Weichteile, des Knochens und der Gelenke

### **Qualitätssicherung**

- Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben
- Infektions- und Komplikationsstatistik aller Eingriffe (ambulant und stationär)
- Teilnahme am Qualitätssicherungs-Programm der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
- Traumaregister
- Interdisziplinärer Behandlungspfad zur Schwerverletztenversorgung
- Strukturierte Klinikspezifische Behandlungspfade für die häufigsten Verletzungsfolgen und Erkrankungen
- Strukturierte Morbiditätskonferenzen

2016 wurden insgesamt 236 ambulante Eingriffe v.a. im Bereich der Hand-, Fuß- und Gelenkchirurgie (KV- Ermächtigung, BG Heil-Verfahren, Institutsleistung nach §115b SGB V) durchgeführt.

Unsere Stärken sind die operative Versorgung von Verletzungen des gesamten Skelettsystems einschließlich des Einsatzes von Endoprothesen. Die Rekonstruktion von degenerativen Veränderungen des Bewegungsapparats wird gemeinsam mit den Spezialisten der Orthopädie und Endoprothetik angeboten.

Die hohe Qualität wird gewährleistet durch ständige Weiterbildung, Fortbildung und praktischen Erfahrungsaustausch durch

- Hospitationen in anderen Kliniken,
- Teilnahme und Durchführung von Workshops und Tagungen über medizinische Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Unfallschäden aller Art

Seit Jahren setzen wir "Risk-Management-Verfahren" ein, um regelmäßig die Schwachstellen unserer Klinik ausfindig zu machen, zu ändern und zu verbessern. Das betrifft nicht nur den medizinischen Bereich des Hauses sondern auch die Organisationsabläufe und die Pflege.

Die Zusammenarbeit mit der Anästhesie, Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie, Plastischer Chirurgie und der Kinderklinik ist besonders eng. Im Rahmen der perioperativen Stabilisierung des Allgemeinzustands werden wir von der Klinik für Innere Medizin unterstützt.

### B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(1500) Allgemeine Chirurgie
2	(1516) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
3	(1600) Unfallchirurgie
4	(1690) Unfallchirurgie/ohne Differenzierung nach Schwerp. (II)

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

<b>Name/Funktion:</b>	Dr. med. Dieter Richter, Chefarzt
<b>Telefon:</b>	0791 753 4231
<b>Fax:</b>	0791 753 4903
<b>E-Mail:</b>	dieter.richter@dasdiak.de

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

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

Ja

**Erläuterungen:** Zielvereinbarungen beziehen sich auf die Ertragslage des Klinikums und bestimmte Qualitätsmerkmale.

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

	Medizinische Leistungsangebote
1	Metall-/Fremdkörperentfernungen
2	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
3	Septische Knochenchirurgie
4	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
5	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
6	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses und der Halswirbelsäule
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Brustraums und der Brustwirbelsäule
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
12	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels

Medizinische Leistungsangebote	
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
14	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
15	Amputationschirurgie
16	Arthroskopische Operationen
17	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
18	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
19	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
20	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
21	Fußchirurgie
22	Handchirurgie
23	Schulterchirurgie
24	Bandrekonstruktionen/Plastiken
25	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
26	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
27	Minimalinvasive endoskopische Operationen
28	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
29	Chirurgische Intensivmedizin
30	Notfallmedizin
31	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
32	Wirbelsäulenchirurgie
33	Traumatologie Zertifizierung als Regionales Traumazentrum und Mitglied im Traumanetzwerk Nord-Württemberg, Zulassung zum VAV-Verfahren der Unfallversicherung, AltersTraumaZentrum DGU®

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

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) außerdem geeignete Spezialmatrasen verfügbar
2	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenhilfen Patientenhilfen, Aufstehhilfen, Toiletten- und Duschstühle mit besonderer Tragkraft vorhanden
3	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe Gehwagen, Toilettensitzerhöhungen mit besonderer Tragkraft vorhanden; Bauchgurte, Einlagen und Patientenhemden in Sondergrößen verfügbar

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

Vollstationäre Fallzahl: 2201

Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Verletzung des Schädelinneren	246
2	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	202
3	S52	Knochenbruch des Unterarmes	197
4	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	167
5	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	149
6	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	140
7	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	116
8	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	107
9	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone	62
10	M54	Rückenschmerzen	51
11	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose	43
12	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	42
13	M42	Abnutzung der Knochen und Knorpel der Wirbelsäule	40
14	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte bzw. des Oberschenkels	34
15	S30	Oberflächliche Verletzung des Bauches, der Lenden bzw. des Beckens	33
16	S92	Knochenbruch des Fußes, außer im Bereich des oberen Sprunggelenkes	32
17	M75	Schulterverletzung	29
18	S20	Oberflächliche Verletzung im Bereich des Brustkorbes	28
19	S13	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Halses	24
20	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	23

## B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	282
2	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	228
3	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	214
4	1-771	Einheitliche Basisuntersuchung von alten Menschen	186
5	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	171
6	8-561	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen	160
7	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	154
8	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	143
9	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z. B. bei Brüchen verwendet wurden	136
10	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	79
11	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	59
12	8-190	Spezielle Verbandstechnik	56
13	5-786	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	48
14	5-855	Nähen bzw. sonstige Operation an einer Sehne oder einer Sehnenscheide	46
15	5-869	Sonstige Operation an Knochen, Muskeln bzw. Gelenken	45
16	1-697	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung	43
17	5-83b	Operative Befestigung von Knochen (dynamische Stabilisierung) der Wirbelsäule	41
18	5-79a	Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung von außen und Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	41
19	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	39
20	5-780	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit	36

## B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Unfallchirurgische Notfallsprechstunde
	VC00 - Unfallchirurgie und Orthopädie 24 Std.
2	Unfallchirurgische D-Arzt-Sprechstunde (Arbeitsunfälle)
	VC58 - Spezialsprechstunde
3	Unfallchirurgische, orthopädische Sprechstunde Dr. Richter
	VO00 - Unfallchirurgie und Orthopädie
	VC66 - Arthroskopische Operationen
	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
	VO15 - Fußchirurgie
	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
	VO16 - Handchirurgie
	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
4	Unfallchirurgische, orthopädische Privatsprechstunde Dr. Richter
	VC00 - Unfallchirurgie und Orthopädie
5	Schultersprechstunde Hr. Burgschweiger
	VO19 - Schulterchirurgie
6	Schultersprechstunde Privatpatienten Hr. Burgschweiger
	VO19 - Schulterchirurgie

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

Weitere ambulante Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffe bieten wir im Rahmen der kassenärztlichen und berufsgenossenschaftlichen Zulassungen und der Privatsprechstunden an.

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z. B. bei Brüchen verwendet wurden	75
2	1-697	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung	9
3	5-814	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung	7
4	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	< 4
5	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	< 4

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Ja

## B-[6].11 Personelle Ausstattung

### B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	14,41	14,41	0	2,21	12,2	180,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,8	7,8	0	1,66	6,14	358,5

### B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Spezielle Unfallchirurgie
2	Notfallmedizin
3	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

### B-[6].11.2 Pflegepersonal

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	34,59	34,59	0	5,41	29,18	75,4
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,66	2,66	0	0,02	2,64	833,7

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,29	2,29	0	0	2,29	961,1
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	2,99	2,99	0	0,1	2,89	761,6
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,66	0,66	0	0,05	0,61	3608,2
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,21	2,21	0	0,02	2,19	1005,0

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

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Operationsdienst
4	Bachelor
5	Hygienefachkraft hausübergreifend
6	Hygienebeauftragte in der Pflege
7	Praxisanleitung

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

Zusatzqualifikationen	
1	Kinästhetik
2	Kontinenzmanagement
3	Qualitätsmanagement
4	Stomamanagement
5	Basale Stimulation
6	Bobath
7	Schmerzmanagement
8	Wundmanagement
9	Entlassungsmanagement
10	Geriatric Geriatrischer Schwerpunkt
11	Diabetes Stationsübergreifend organisiert

## B-[7] Orthopädie und Endoprothetik

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

<b>Abteilungsart:</b>	Hauptabteilung
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Orthopädie und Endoprothetik
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak-klinikum.de">http://www.dasdiak-klinikum.de</a>



**Wir behandeln den Patienten ganzheitlich orthopädisch.  
Die Breite der Behandlungsangebote ermöglicht es uns, individuell  
auf die Beschwerden und Bedürfnisse der Patienten einzugehen.**

Mittlerweile haben sich aus dem großen Feld der operativen Orthopädie bestimmte Teilbereiche besonders entwickelt. Hierzu gehört insbesondere die Endoprothetik. Die Anforderungen an den Operateur haben sich in den letzten Jahren spürbar verändert.

In der Orthopädie und Endoprothetik werden unfall- oder verschleißbedingt zerstörte Hüft- und Kniegelenke durch künstliche Gelenke ersetzt. Die bekannteste und häufigste Ursache, die zum Verschleiß der Gelenke führt, ist die Arthrose.

Es gibt unterschiedliche Prothesensysteme mit längeren und kürzeren Schäften sowie Teilprothesen und Überkronungen eines defekten Knochens. Nach einer gründlichen körperlichen Untersuchung und der Anfertigung von Röntgenbildern wird der Patient beraten, welche Prothese für ihn besonders geeignet ist. Je nach Alter, Gewicht und Mobilität des Betroffenen wird seine Prothese zementfrei implantiert oder mit Knochenzement befestigt.

Die Erst-Implantation von Hüft- oder Kniegelenk erfolgt in der Regel minimalinvasiv und somit muskel- und weichteilschonend. Qualitative Vorteile für den Patienten sind: kleine Schnitte, geringer Blutverlust, keine Eigenblutspende nötig, schnellere Mobilisation.

Hüftpatienten können in der Regel schon am ersten Tag nach der OP erste kurze Strecken gehen, Kniepatienten ab dem zweiten Tag. Gleich nach der OP beginnt die Krankengymnastik am Bett des Patienten, um die Beweglichkeit der Gelenke zu trainieren und die Betroffenen an die richtige Nutzung der Gehstützen zu gewöhnen. Dieses Training wird nach dem Krankenhaus in einer orthopädischen Reha-Klinik fortgesetzt.

Heute stellen die aus den vielen Implantationen der letzten Jahrzehnte resultierenden Wechseloperationen eine besondere Herausforderung dar, der wir uns auch in schwierigen

Situationen gerne stellen möchten.

Neben dem Ersatz von Hüft- und Kniegelenken sind in den letzten Jahren auch Verfahren zur endoprothetischen Versorgung der sog. kleinen Gelenke entwickelt worden. Es sind insbesondere Schulter-, Ellenbogen und Sprunggelenk zu erwähnen.

Weitere große Entwicklungsbereiche der Orthopädie sind die Fuß- und Rheumachirurgie. Hier ermöglichen die verschiedenen Verfahren einen Erhalt der Mobilität und Schmerzlinderung der betroffenen Patienten. Auf dem Gebiet der Rheumaorthopädie ist die medikamentöse Behandlung stark verbessert worden, so dass sich das Spektrum der Eingriffe verändert hat und die Zusammenarbeit mit den internistischen Rheumatologen immer bedeutsamer geworden ist.

Ein weiterer Schwerpunkt sind arthroskopische Operationen (Gelenkspiegelungen) und Bandplastiken, mit denen frische Verletzungen und Verschleißerscheinungen der Bänder, Menisken und des Knorpels diagnostiziert und behandelt werden.

### B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie
2	(1523) Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
3	(1690) Unfallchirurgie/ohne Differenzierung nach Schwerp. (II)
4	(2300) Orthopädie

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

<b>Name/Funktion:</b>	Herr Dr. med. Dirk Steinhagen, Chefarzt
<b>Telefon:</b>	0791 753 5181
<b>Fax:</b>	0791 753 5182
<b>E-Mail:</b>	dirk.steinhagen@dasdiak.de

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

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

Ja

**Erläuterungen:** Zielvereinbarungen beziehen sich auf die Ertragslage des Klinikums und bestimmte Qualitätsmerkmale.

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Arthroskopische Operationen
2	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
3	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
4	Endoprothetik
5	Rheumachirurgie
6	Minimalinvasive endoskopische Operationen
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
8	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
9	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
11	Bandrekonstruktionen/Plastiken
12	Fußchirurgie
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
14	Sportmedizin/Sporttraumatologie
15	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
16	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes

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

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) außerdem geeignete Spezialmatratzen verfügbar
2	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter Patientenlifter, Aufstehhilfen, Toiletten- und Duschstühle mit besonderer Tragkraft vorhanden
3	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe Gehwagen, Toilettensitzerhöhungen mit besonderer Tragkraft vorhanden; Bauchgurte, Einlagen und Patientenhemden in Sondergrößen verfügbar

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

Vollstationäre Fallzahl:	459
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	104
2	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	90
3	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	89
4	M20	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen	45
5	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	14
6	S83	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder	12
7	M19	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)	10
8	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	9
9	M77	Sonstige Sehnenansatzentzündung	8
10	M87	Absterben des Knochens	6

## B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-822	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	170
2	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	138
3	5-788	Operation an den Fußknochen	128
4	8-561	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen	114
5	5-786	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	81
6	5-829	Sonstige Operation zur Sicherung oder Wiederherstellung der Gelenkfunktion	80
7	5-780	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit	73
8	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	66
9	5-823	Erneute Operation, Wechsel bzw. Entfernung eines künstlichen Kniegelenks	63
10	5-821	Erneute Operation, Wechsel bzw. Entfernung eines künstlichen Hüftgelenks	51

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
11	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	36
12	5-808	Operative Gelenkversteifung	30
13	1-854	Untersuchung eines Gelenkes oder eines Schleimbeutels durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	24
14	5-785	Einpflanzung von künstlichem Knochengewebe	21
15	5-784	Operative Verpflanzung bzw. Umlagerung von Knochengewebe	21

## B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Orthopädische Chefarztambulanz Dr. Steinhagen
	VC66 - Arthroskopische Operationen
	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
	VO14 - Endoprothetik
	VO15 - Fußchirurgie
	VO17 - Rheumachirurgie
2	Orthopädische Chefarztambulanz Privatpatienten Dr. Steinhagen

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

Weitere ambulante Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffe bieten wir im Rahmen der kassenärztlichen Zulassungen und der Privatsprechstunden an.

### B-[7].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	66
2	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	16
3	5-788	Operation an den Fußknochen	16
4	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z. B. bei Brüchen verwendet wurden	10
5	5-808	Operative Gelenkversteifung	6

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[7].11 Personelle Ausstattung

### B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	2,84	2,84	0	0,31	2,53	181,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	1,85	1,85	0	0,31	1,54	298,1

### B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Orthopädische Rheumatologie
2	Spezielle Orthopädische Chirurgie
3	Notfallmedizin

### B-[7].11.2 Pflegepersonal

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,9	8,9	0	0,29	8,61	53,3
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,58	0,58	0	0,01	0,57	805,3

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,93	0,93	0	0,05	0,88	521,6
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,06	1,06	0	0,06	1	459,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,31	0,31	0	0,03	0,28	1639,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,77	0,77	0	0,01	0,76	603,9

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

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Operationsdienst
4	Bachelor
5	Hygienefachkraft hausübergreifend
6	Hygienebeauftragte in der Pflege
7	Praxisanleitung

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

Zusatzqualifikationen	
1	Geriatric
2	Kinästhetik
3	Kontinenzmanagement
4	Schmerzmanagement
5	Stomamanagement
6	Wundmanagement
7	Bobath
8	Entlassungsmanagement
9	Diabetes Stationsübergreifend organisiert
10	Basale Stimulation
11	Qualitätsmanagement

## B-[8] Chirurgische Klinik III - Plastische, Ästhetische und Handchirurgie

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

<b>Abteilungsart:</b>	Hauptabteilung
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Chirurgische Klinik III - Plastische, Ästhetische und Handchirurgie
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak-klinikum.de">http://www.dasdiak-klinikum.de</a>



**Durch die Etablierung der neuen Klinik wurde eine regionale Versorgungslücke in der Behandlung von Patienten mit plastisch-rekonstruktiven sowie ästhetischen Fragestellungen geschlossen.**

Die Chirurgische Klinik III (Klinik für Plastische-, Ästhetische- und Handchirurgie) wurde 2009 neu eingerichtet. Die Plastische Chirurgie beschäftigt sich mit der operativen Korrektur von angeborenen oder erworbenen Veränderungen der Körperoberfläche. Durch spezielle Operationstechniken ist es heutzutage möglich, auch komplexe Gewebsdefekte zu verschließen und die Körperform und Funktion wiederherzustellen.

Die Plastische Chirurgie ruht auf vier Säulen:

#### **Rekonstruktive (wiederherstellende) Chirurgie**

Die Rekonstruktion von Körperform und Oberfläche zählt zu den wesentlichen Aufgaben der Plastischen Chirurgie. Dies erfolgt z.B. nach Gewebsverlusten bei Weichteilverletzungen oder nach Entfernung von Haut- und Weichgewebstumoren der gesamten Körperoberfläche, insbesondere im Gesicht und im Bereich der Extremitäten. Aber auch angeborene Fehlbildungen können durch die wiederherstellende Chirurgie korrigiert werden. Spezielle plastisch chirurgische Maßnahmen ermöglichen einerseits eine ausgedehnte Entfernung von Tumoren oder auch von entstellenden Narben, andererseits die Wiederherstellung unter besonderer Berücksichtigung funktioneller sowie ästhetischer Kriterien des äußeren Erscheinungsbildes.

Im Rahmen der Wiederherstellungschirurgie ist auch die Behandlung von Druck- und Liegegeschwüren oder anderen nicht heilenden Wunden zu erwähnen. Auch hier sind zumeist plastisch chirurgische Maßnahmen erforderlich.

Ein besonderes Teilgebiet der Rekonstruktiven Chirurgie ist die Wiederherstellung der weiblichen Brust nach Brustentfernung. Durch die enge Kooperation mit der gynäkologischen Abteilung im Rahmen des Brustzentrums Hohenlohe kann eine optimale Versorgung der Brustkrebspatientinnen auch hinsichtlich der ästhetischen Folgen der Erkrankung gewährleistet werden.

### Ästhetische Chirurgie

Unter Ästhetischer Chirurgie versteht man diejenigen Eingriffe, die der Verbesserung des äußeren Erscheinungsbildes dienen, unabhängig von der Ursache der Entstellung. Sie beinhaltet Eingriffe, die die Körperform verändern und Eingriffe die der Normalisierung und/oder Verbesserung des äußeren Erscheinungsbildes dienen.

Im Bereich des Körperstammes zählen hierzu die ästhetische Brustchirurgie sowie Straffungsoperationen am Rumpf und an den Extremitäten.

Ein weiteres Teilgebiet sind ästhetische Korrekturen, die in der Folge von bariatrischen Eingriffen bei Adipositas notwendig werden.

### Handchirurgie

Die Handchirurgie beschäftigt sich mit der Behandlung von Verletzungen, Fehlbildungen und Erkrankungen der Hand und des Unterarms. Sie beinhaltet:

- Akute Notfallversorgung der Hand incl. der mikrochirurgischen Versorgung von Gefäß- und Nervenverletzungen sowie der Replantation
- Nervenengpasssyndrome (Karpaltunnelsyndrom, Sulcus-Ulnaris-Syndrom)
- Sehnenscheideneinengungen (schnellender Finger)
- Morbus Dupuytren
- Arthrose des Daumensattelgelenkes, des Handgelenkes und der Fingergelenke
- Handwurzelchirurgie (Behandlung von nicht verheilten Kahnbeinbrüchen, Teilversteifung und komplette Versteifung des Handgelenkes)
- Behandlung von Verletzungsfolgen wie Korrekturosteotomien, Knochen- und Sehnenrekonstruktionen
- Behandlung von angeborene Fehlbildungen (Syndaktylie, Polydaktylie, Doppeldaugen)
- Rheumachirurgie, Arthroplastiken, Arthrodesen, Sehnenrekonstruktionen, Synovektomien der Gelenke und Sehnenscheiden
- Behandlung von Lähmungsfolgen
- Infektionen
- Tumorchirurgie
- Arthroskopische Diagnostik

### Verbrennungschirurgie

In der Chirurgischen Klinik III des Diakonie-Klinikums werden alle vier Säulen der Plastischen Chirurgie angeboten, wobei sich die Behandlung bei Verbrennungsverletzungen lediglich auf die sekundäre Korrektur von Entstellungen oder Funktionseinschränkungen beschränkt.

### B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(1519) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
2	(1551) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
3	(1900) Plastische Chirurgie

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

<b>Name/Funktion:</b>	Dr. med. Florian Schober, Chefarzt
<b>Telefon:</b>	0791 753 5111
<b>Fax:</b>	0791 753 5112
<b>E-Mail:</b>	florian.schober@dasdiak.de

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

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

Ja

**Erläuterungen:** Zielvereinbarungen beziehen sich auf die Ertragslage des Klinikums und bestimmte Qualitätsmerkmale.

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
2	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
3	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
4	Handchirurgie
5	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
6	Chirurgie der peripheren Nerven
7	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
8	Dermatochirurgie
9	Wundheilungsstörungen
10	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen

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

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) außerdem geeignete Spezialmatratzen verfügbar
2	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter Patientenlifter, Aufstehhilfen, Toiletten- und Duschstühle mit besonderer Tragkraft vorhanden
3	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe Gehwagen, Toilettensitzerhöhungen mit besonderer Tragkraft vorhanden; Bauchgurte, Einlagen und Patientenhemden in Sondergrößen verfügbar

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

Vollstationäre Fallzahl: 406

Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C44	Sonstiger Hautkrebs	44
2	S62	Knochenbruch im Bereich des Handgelenkes bzw. der Hand	40
3	E65	Fettpolster	29
4	M18	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Daumensattelgelenkes	17
5	G56	Funktionsstörung eines Nervs am Arm bzw. an der Hand	17
6	S66	Verletzung von Muskeln oder Sehnen in Höhe des Handgelenkes bzw. der Hand	16
7	C50	Brustkrebs	15
8	D17	Gutartiger Tumor des Fettgewebes	15
9	M84	Knochenbruch bzw. fehlerhafte Heilung eines Bruches	15
10	S68	Abtrennung von Fingern oder der Hand durch einen Unfall	13

## B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	144
2	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	102
3	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	92
4	5-869	Sonstige Operation an Knochen, Muskeln bzw. Gelenken	90
5	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	90
6	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	78
7	5-911	Operation zur Straffung der Haut bzw. Unterhaut und Entfernung von Fettgewebe, außer im Gesicht	74
8	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	68
9	8-310	Aufwändiger Gipsverband	64
10	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	57
11	8-191	Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten	53
12	5-041	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven	36
13	5-841	Operation an den Bändern der Hand	30
14	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	30
15	8-988	Spezielle umfassende Behandlung der Hand	27

## B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Sprechstunde für Handchirurgie
	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	VO16 - Handchirurgie
2	Sprechstunde für Plastische und Ästhetische Chirurgie
	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
3	Ambulanzsprechstunde der Klinik für plastische, ästhetische und Handchirurgie
	Kontrolle, Verbandswechsel
4	Ambulanzsprechstunde für BG-Patienten (Arbeitsunfälle) der Klinik für plastische, ästhetische und Handchirurgie
	BG-Zulassung vorhanden, in andere Sprechstunden integriert
5	Notfallambulanz der Klinik für plastische, ästhetische und Handchirurgie
6	Privatsprechstunde der Klinik für plastische, ästhetische und Handchirurgie

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

Weitere ambulante Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffe bieten wir im Rahmen der kassenärztlichen und berufsgenossenschaftlichen Zulassungen und der Privatsprechstunden an.

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-841	Operation an den Bändern der Hand	60
2	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z. B. bei Brüchen verwendet wurden	47
3	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	42
4	5-845	Operative Entfernung der Gelenkinnenhaut an der Hand	17
5	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	14
6	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	13
7	5-842	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern	13
8	5-849	Sonstige Operation an der Hand	12
9	5-796	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen	10
10	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	8

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Ja

## B-[8].11 Personelle Ausstattung

### B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	3,62	3,42	0,2	0,57	3,05	133,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,24	2,04	0,2	0,57	1,67	243,1

#### B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Plastische und Ästhetische Chirurgie
2	Orthopädie und Unfallchirurgie
3	Allgemeinchirurgie

#### B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Handchirurgie
2	Notfallmedizin
3	Sportmedizin
4	Spezielle Unfallchirurgie
5	Plastische Operationen

### B-[8].11.2 Pflegepersonal

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	10,04	10,04	0	2,14	7,9	51,4
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,59	0,59	0	0,2	0,39	1041,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,97	0,97	0	0,13	0,84	483,3
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,05	1,05	0	0,13	0,92	441,3

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,36	0,36	0	0,07	0,29	1400,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,88	0,88	0	0,37	0,51	796,1

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

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Operationsdienst
3	Bachelor
4	Hygienefachkraft hausübergreifend
5	Hygienebeauftragte in der Pflege
6	Praxisanleitung
7	Intensivpflege und Anästhesie

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

Zusatzqualifikationen	
1	Diabetes
2	Entlassungsmanagement
3	Geriatric
4	Kinästhetik
5	Kontinenzmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Stomamanagement
8	Bobath
9	Wundmanagement
10	Basale Stimulation

## B-[9] Chirurgische Klinik IV - Gefäßchirurgie

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

<b>Abteilungsart:</b>	Hauptabteilung
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Chirurgische Klinik IV - Gefäßchirurgie
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak.de">http://www.dasdiak.de</a>



**Die Klinik für Gefäßchirurgie ist die tragende Säule des interdisziplinären Gefäßzentrums am Diakonie Klinikum, welches 2007 und 2014 von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) und von der Deutschen Röntgenesellschaft (DRG) zertifiziert wurde.**

In der Klinik für Gefäßchirurgie werden alle gefäßmedizinischen Erkrankungen wie z.B. die Arteriosklerose (Schlagaderverkalkung) und Aneurysmen (Erweiterung von Schlagadern) diagnostiziert und behandelt. Besondere Schwerpunkte liegen in der minimal-invasiven endovaskulären (PTA/Stent) und offen-chirurgischen Behandlung der Becken- und Beinschlagadern, der Halsschlagader (Carotis) und der Bauchschlagader (Aorta). Für die endovaskuläre Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit Stentprothesen und sogenannte Hybrideingriffe steht ein hochmodernes Katheterlabor (AngioSuite) zur Verfügung.

Im Zentrum unserer Tätigkeit steht außerdem die Behandlung von Patienten mit einer langjährigen Diabetes Erkrankung (Diabetischer Fuß) oder einer chronischen Nierenschwäche (Dialyse). Des Weiteren haben wir uns auf die Behandlung von Venenerkrankungen (Varikosis) spezialisiert. Für diese Patienten werden modernste endovenöse Behandlungsverfahren wie beispielsweise die Radiofrequenztherapie (Venefit Verfahren, bisher bekannt als VNUS Closure Fast Verfahren) und die endovenöse Lasertherapie eingesetzt. Die Implantation von Portkathetern und getunnelten Dialysekathetern und die Anlage sowie Korrektur von Dialyse-Shunts gehört ebenfalls zu unserem Leistungsspektrum. Außerdem haben wir besondere Kenntnisse bei der Behandlung von Problemwunden an Füßen und Beinen (Wundzentrum).

Von wesentlichem Vorteil für die Behandlungsqualität ist die enge Zusammenarbeit der Gefäßchirurgie mit angrenzenden Fachgebieten wie Neurologie, Kardiologie, Angiologie und ganz besonders mit dem Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie. Interventionelle Behandlungen und offene Operationen werden von Ärzten der verschiedenen Abteilungen gemeinsam geplant und durchgeführt. Hierfür wird wöchentlich eine interdisziplinäre Gefäßkonferenz durchgeführt.

Die Klinik für Gefäßchirurgie beteiligt sich an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 SGB V Leistungsbereich 10/2 Karotis-Rekonstruktion und außerdem an den

Qualitätssicherungsmaßnahmen der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) mit Dokumentation aller durchgeführten Aortenoperationen und Veneneingriffe. Darüber hinaus wird ein internes Komplikationsregister geführt. Im Rahmen des wöchentlich stattfindenden interdisziplinären gefäßmedizinischen Kolloquiums werden unerwünschte Ereignisse und Komplikationen bei gefäßmedizinischen Patienten erfasst, ausführlich interdisziplinär erörtert und Maßnahmen zur Komplikationsvermeidung eingeleitet.

### B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(1518) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
2	(1800) Gefäßchirurgie

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

<b>Name/Funktion:</b>	Priv.-Doz. Dr. med. Claus-Georg Schmedt, Chefarzt
<b>Telefon:</b>	0791 753 5151
<b>Fax:</b>	0791 753 5152
<b>E-Mail:</b>	gefaesschirurgie@dasdiak.de

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

<b>Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:</b>	Ja
<b>Erläuterungen:</b>	Zielvereinbarungen beziehen sich auf die Ertragslage des Klinikums und bestimmte Qualitätsmerkmale.

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

Medizinische Leistungsangebote	
1	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen Zertifiziertes Gefäßzentrum nach den Kriterien der Dt. Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) und der Dt. Röntgengesellschaft (DRG)
2	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
3	Aortenaneurysmachirurgie
4	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen Venen Kompetenz-Zentrum (zertifiziert nach den Kriterien der Dt. Gesellschaft für Phlebologie und des Berufsverbands der Phlebologen)
5	Dialyseshuntchirurgie
6	Portimplantation
7	Amputationschirurgie

Medizinische Leistungsangebote	
8	Chirurgische Intensivmedizin
9	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
10	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und Unterhaut
11	Laserchirurgie
12	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
13	Duplexsonographie
14	Spezialsprechstunde

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

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) außerdem geeignete Spezialmatratzen verfügbar
2	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter Patientenlifter, Aufstehhilfen, Toiletten- und Duschstühle mit besonderer Tragkraft vorhanden
3	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe Gehwagen, Toilettensitzerhöhungen, Sitzstühle mit besonderer Tragkraft vorhanden; Bauchgurte, Einlagen und Patientenhemden in Sondergrößen verfügbar
4	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten Patientenlifter, Aufstehhilfen, Toiletten- und Duschstühle mit besonderer Tragkraft vorhanden

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

Vollstationäre Fallzahl:	1184
Teilstationäre Fallzahl:	0

### B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	474
2	I83	Krampfadern der Beine	160
3	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	151
4	I65	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls	64
5	I74	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel	44
6	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	36
7	I72	Sonstige Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten eines Blutgefäßes oder einer Herzkammer	29
8	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremtteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	24
9	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone	22
10	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	16

### B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-381	Operative Entfernung eines Blutgerinnsels einschließlich der angrenzenden Innenwand einer Schlagader	421
2	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	363
3	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	227
4	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	186
5	3-035	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Blutgefäßsystems mit Auswertungen	184
6	5-380	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels	162
7	5-393	Anlegen einer sonstigen Verbindung zwischen Blutgefäßen (Shunt) bzw. eines Umgehungsgefäßes (Bypass)	123
8	8-190	Spezielle Verbandstechnik	117
9	5-395	Operativer Verschluss einer Lücke in der Gefäßwand mit einem Haut- oder Kunststofflappen	101
10	5-865	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Fußes oder des gesamten Fußes	96

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
11	5-386	Sonstige operative Entfernung von Blutgefäßen wegen Krankheit der Gefäße bzw. zur Gefäßverpflanzung	68
12	5-388	Operative Naht an Blutgefäßen	68
13	8-191	Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten	56
14	9-500	Patientenschulung	47
15	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	41

## B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Allgemeine Gefäßsprechstunde
	VC00 - Gefäßchirurgie
	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
	VC62 - Portimplantation
	VD20 - Wundheilungsstörungen
2	Carotis-Spezialsprechstunde
3	Aorta-Spezialsprechstunde
4	Gefäßchirurgische Privatsprechstunde
5	Gefäßchirurgische Notfallambulanz

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

Weitere ambulante Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffe bieten wir im Rahmen der kassenärztlichen Zulassungen und der Privatsprechstunden an.

### B-[9].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	178
2	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	137

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

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

---

**Stationäre BG-Zulassung:** Nein

---

## B-[9].11 Personelle Ausstattung

### B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	8,07	8,07	0	1,81	6,26	189,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,92	5,92	0	1,7	4,22	280,6

#### B-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Allgemeinchirurgie
2	Gefäßchirurgie zusätzlich: Anerkennung als "Endovaskulärer Chirurg DGG" (Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin)

#### B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[9].11.2 Pflegepersonal

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	31,23	31,03	0,2	3,09	28,14	42,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,16	1,16	0	0,23	0,93	1273,1
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2	2	0	0,34	1,66	713,3
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	2,62	2,62	0	0,34	2,28	519,3
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,75	0,75	0	0,17	0,58	2041,4
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,39	2,39	0	0,37	2,02	586,1

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

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Operationsdienst
4	Bachelor
5	Hygienefachkraft hausübergreifend
6	Praxisanleitung
7	Hygienebeauftragte in der Pflege

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

Zusatzqualifikationen	
1	Entlassungsmanagement
2	Kinästhetik
3	Kontinenzmanagement
4	Qualitätsmanagement
5	Schmerzmanagement
6	Stomamanagement
7	Basale Stimulation
8	Bobath
9	Wundmanagement
10	Geriatric Geriatrischer Schwerpunkt
11	Diabetes Stationsübergreifend organisiert
12	Gefäßassistent und Gefäßassistentin DGG®

## B-[10] Klinik für Neurologie und Gerontoneurologie

### B-[10].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Abteilungsart:</b>	Hauptabteilung
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Klinik für Neurologie und Gerontoneurologie
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak-klinikum.de">http://www.dasdiak-klinikum.de</a>



**Rasche Fortschritte in der neurowissenschaftlichen Forschung machen die klinische Neurologie zu einem innovativen, anspruchsvollen Fachgebiet. Sie erfordert die permanente Fort- und Weiterbildung des gesamten Teams.**

Die klinische Neurologie hat sich aufgrund der raschen Fortschritte in der neurowissenschaftlichen Forschung zu einem innovativen, anspruchsvollen Fachgebiet mit immer differenzierteren Diagnostik- und Behandlungsverfahren entwickelt.

Patienten mit Schlaganfällen, epileptischen Anfällen, Multipler Sklerose (MS), der Parkinson'schen Erkrankung oder akuten und chronischen Schmerzen werden besonders häufig in der Neurologischen Klinik untersucht und behandelt.

#### **Neurologische Notaufnahme**

Neurologinnen und Neurologen untersuchen und behandeln in der interdisziplinären Notaufnahmestation des Diakonie-Klinikums Patienten mit akuten Beschwerden wie Kopf- und Rückenschmerzen, Schwindel, Seh-, Sprach-, Hör- oder Gleichgewichts-, Gang- und Gefühlsstörungen sowie Lähmungserscheinungen.

#### **Neurologische Ambulanz**

Den zweiten Schwerpunkt bilden ambulante Angebote.

- Allgemein-neurologischen Sprechstunde und
- Spezial-Sprechstunden für

- Multiple Sklerose (zertifiziertes "Regionales MS-Zentrum"),
- Neurologische Bewegungsstörungen (das Diakonie-Klinikum ist Regionalzentrum im Kompetenznetzwerk Parkinson e.V.),
- Botulinumtoxin-Therapie und
- Neurovaskuläre Erkrankungen/ neurologische Ultraschalldiagnostik.

### **Allgemeine Neurologie mit Stroke Unit**

Der Schlaganfall ist die dritthäufigste Todesursache in Deutschland. Die Behandlung soll so schnell wie möglich auf einer neurologischen Schlaganfall-Intensivtherapiestation (Stroke Unit) erfolgen, da die Überlebenschancen deutlich steigen und Behinderungen in Folge von Hirnschädigungen vermindert werden.

Zur Neurologie gehört eine zertifizierte regionale Schlaganfall Intensivstation (Stroke Unit) mit 6 Betten, in der Patienten mit akutem Schlaganfall interdisziplinär und interprofessionell diagnostiziert und behandelt werden. Diese wurde im Jahr 2009 modernisiert und räumlich, apparativ und personell erweitert. Die neurologische Klinik nimmt an der Qualitätssicherung (QS) Schlaganfall in Baden-Württemberg teil. Im Jahr 2015 wurden rd. 700 Patientinnen und Patienten mit Schlaganfällen im Diakonieklinikum behandelt

Seit Januar 2010 können im Rahmen der geriatrischen Frührehabilitation betagte Patientinnen und Patienten nach einem Schlaganfall oder einer anderen akuten Erkrankung rehabilitativ mit dem Ziel behandelt werden, Alltagskompetenzen zu erhalten oder wieder herzustellen. Dazu trägt ein Team aus speziell geschulten Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes unter der Leitung von Geriatern bei. Patienten mit Parkinson-Syndromen können im Rahmen der Parkinson-Komplexbehandlung (MKP) betreut werden.

### **Neurologische Funktionsdiagnostik**

In der neurologischen Diagnostik-Abteilung werden alle modernen Untersuchungsverfahren des neurologischen Ultraschalls (Gefäße, Hirnparenchym, Nerven, Muskeln, Orbita), der Elektrophysiologie und Elektroenzephalografie sowie eine Elektronystagmografie vorgehalten. Ein Riech- und Schmecklabor, die autonome Funktionsdiagnostik sowie die video-endoskopische Schluckdiagnostik (FEES) erweitern das Spektrum.

### **Engagement in Kompetenzzentren**

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Neurologischen Klinik sind engagiert in folgenden Kompetenzzentren:

- Regionales MS-Zentrum
- Regionalzentrum im Kompetenznetzwerk Parkinson e. V. (KNP)
- Zentrum für Gefäßerkrankungen
- Geriatrischer Schwerpunkt in Kooperation mit dem Zentrum für Innere Medizin
- Netzpartner der integrierten Versorgung von chronischen Kopfschmerzen, Migräne, Neuralgien und chronischen Schmerzkrankungen (in Kooperation mit der Schmerzklinik Kiel)

### **Aus- und Weiterbildung**

Die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat insbesondere aufgrund der rasch fortschreitenden Entwicklung dieses Faches einen hohen Stellenwert. Neben der Teilnahme an nationalen und internationalen Kongressen für Ärzte und die Etablierung eigener Fort- und Weiterbildungsangebote in der Region ist die Fortbildung des nicht-ärztlichen Personals über themenorientierte Veranstaltungen und Hospitationen selbstverständlich.

Aus- und Weiterbildung heißt für die Neurologische Klinik auch die Information der Bevölkerung über Entwicklungen und aktuelle Forschungsergebnisse in der Neurologie.

### B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(2800) Neurologie
2	(2856) Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten

### B-[10].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

<b>Name/Funktion:</b>	Priv.-Doz. Dr. med. Birgit Herting, Chefärztin
<b>Telefon:</b>	0791 753 4670
<b>Fax:</b>	0791 753 4918
<b>E-Mail:</b>	birgit.herting@dasdiak.de

### B-[10].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

<b>Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:</b>	Ja
<b>Erläuterungen:</b>	Zielvereinbarungen beziehen sich auf die Ertragslage des Klinikums und bestimmte Qualitätsmerkmale.

### B-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
2	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
3	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
4	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
5	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
6	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
7	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
9	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
10	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
11	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
12	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
14	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels

Medizinische Leistungsangebote	
16	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
17	Schmerztherapie
18	Neurologische Frührehabilitation
19	Stroke Unit
20	Schwindeldiagnostik/-therapie
21	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
22	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
23	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
24	Palliativmedizin
25	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin

## B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 2516

Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-[10].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	412
2	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	266
3	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	196
4	G43	Migräne	122
5	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	115
6	R20	Störung der Berührungsempfindung der Haut	81
7	G35	Chronisch entzündliche Krankheit des Nervensystems - Multiple Sklerose	72
8	R42	Schwindel bzw. Taumel	71
9	G44	Sonstiger Kopfschmerz	69
10	G20	Parkinson-Krankheit	68
11	R26	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit	46
12	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	41
13	M54	Rückenschmerzen	41
14	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	38
15	G51	Krankheit des Gesichtsnervs	34
16	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	31
17	G62	Sonstige Funktionsstörung mehrerer Nerven	27
18	R51	Kopfschmerz	23

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
19	F03	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz), vom Arzt nicht näher bezeichnet	23
20	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	22

## B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-[10].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	1250
2	8-981	Fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls	654
3	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	453
4	1-206	Untersuchung der Nervenleitung - ENG	432
5	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	393
6	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	156
7	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	91
8	1-205	Messung der elektrischen Aktivität der Muskulatur - EMG	86
9	8-020	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken	61
10	1-613	Bewertung des Schluckens mit Hilfe eines schlauchförmigen Instrumentes, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)	51
11	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	45
12	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	35
13	8-151	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in Gehirn, Rückenmark oder im Bereich des Auges mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	24
14	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	19
15	8-390	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett	18

## B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Allgemein-neurologische Ambulanz
2	Sprechstunde für neurologische Bewegungsstörungen VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
3	Sprechstunde für Botulinumtoxintherapie VN00 - Schwerpunkte: Therapie von dystonen und spastischen Syndromen bei Erwachsenen
4	Sprechstunde für Multiple Sklerose VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
5	Sprechstunde für Neurovaskuläre Erkrankungen/Neurosonologie VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen VR04 - Duplexsonographie VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
6	Neurologische Privatsprechstunde
7	Neurologische Notfallambulanz

## B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ambulante Untersuchungen und Behandlungen bieten wir im Rahmen der kassenärztlichen Zulassungen und der Privatsprechstunden an.

### B-[10].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[10].11 Personelle Ausstattung

### B-[10].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	14,94	14,84	0,1	0,41	14,53	173,2
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,96	6,86	0,1	0,4	6,56	383,5

#### B-[10].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Neurologie

#### B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Geriatric
3	Palliativmedizin
4	Spezielle Schmerztherapie

### B-[10].11.2 Pflegepersonal

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	25,14	25,04	0,1	1,13	24,01	104,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,8	1,8	0	0,55	1,25	2012,8
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,05	1,05	0	0,02	1,03	2442,7
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,56	1,56	0	0,1	1,46	1723,3

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,98	0,98	0	0,16	0,82	3068,3
--	------	------	---	------	------	--------

### B-[10].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Bachelor
4	Hygienefachkraft
5	Hygienebeauftragte in der Pflege hausübergreifend
6	Praxisanleitung

### B-[10].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikationen	
1	Kinästhetik
2	Kontinenzmanagement
3	Stomamanagement
4	Wundmanagement
5	Basale Stimulation
6	Bobath
7	Schmerzmanagement
8	Entlassungsmanagement
9	Geriatric Geriatrischer Schwerpunkt, Akutgeriatrische Versorgung
10	Diabetes Stationsübergreifend organisiert
11	Qualitätsmanagement
12	Palliative Care
13	Stroke Unit Care
14	Pflegeexperte Neurologie

## B-[11] Urologische Klinik

### B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Abteilungsart:</b>	Hauptabteilung
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Urologische Klinik
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak-klinikum.de">http://www.dasdiak-klinikum.de</a>



**Die Behandlung in unserer Klinik ist durch schonende minimal-invasive und endoskopische Eingriffe geprägt. Moderne Techniken kommen routinemäßig zur Anwendung.**

Die Klinik für Urologie am Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall übernimmt die stationäre Versorgung im Landkreis Schwäbisch Hall und im Hohenlohekreis. 2016 wurden 1.540 Patienten stationär behandelt.

Ein Schwerpunkt der stationären Behandlung ist die Uroonkologie. Dies umfasst die Behandlung bösartiger Erkrankungen der Nieren, der Blase, der Prostata und des Hodens. Die Klinik für Urologie ist seit 2009 von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) als Prostatakarzinomzentrum Hohenlohe zertifiziert. In enger Zusammenarbeit mit den anderen Fachabteilungen erfolgt die interdisziplinäre Planung der Behandlung. Grundlage der Empfehlungen sind die nationalen und internationalen Leitlinien. Im Diakonie-Klinikum können die Operation (Prostatektomie) und die Strahlentherapie (IMRT) erfolgen. Im fortgeschrittenen Stadium stehen der Urologie für eine ambulante Chemotherapie Plätze auf der interdisziplinären onkologischen Tagesstation (IOT) zur Verfügung. Die Psychoonkologische Betreuung ist in die jeweilige Behandlung integriert. Regelmäßige gemeinsame Fortbildung von Ärzten, Pflege- und Funktionspersonal ermöglichen die Orientierung am aktuellen Wissensstand und den Austausch zwischen den Berufsgruppen. Die enge Zusammenarbeit mit allen beteiligten Fachgruppen kommt allen Patienten mit bösartigen Erkrankungen des Urogenitaltraktes zu gute.

## Leistungsspektrum

### *Tumor-Operationen*

- Niere: Nierenteilentfernung oder Tumornephrektomie
- Prostata: radikale retropubische Prostatektomie (nervschonend) mit ausgedehnter Lymphknotenentfernung
- Blase: TUR-Blase, Cystektomie mit Harnableitung, z.B. Neoblase
- Hoden: Semikastratio, ggf. RLA

### *Chemotherapie und zielgerichtete Tumorthherapie*

- Blasenkrebs
- Hodentumor
- Nierenzellkrebs
- fortgeschrittener Prostatakrebs

### *Behandlung der Blasenentleerungsstörung*

- TUR-Prostata, Greenlight-Laservaporisation HPS 120W
- operative Entfernung der Prostata (Adenomentfernung)
- Laser-Urethrotomie
- Harnröhrenersatz mit Mundschleimhaut

### *Behandlung von Steinen*

- Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)
- Harnleiterspigelung (URS) mit Laserlithotripsie
- Blasensteinertrümmerung
- Endoskopische Nierensteinertrümmerung (PCNL)

### *Behandlung der Harninkontinenz*

- Kolposuspensionsplastik nach Burch
- Faszienzügelplastik
- Schließmuskel-Unterspritzung
- künstlicher Schließmuskel
- Bänder bei männlicher Inkontinenz

### *Kinderurologie*

- Hodenhochstand
- kindlicher Leistenbruch (offener Processus vaginalis)
- Reflux-Operation (Lich-Gregoir, Psoas hitch)
- Nierenbeckenabgangsstenose
- Phimose
- Hypospadie
- Hodentorsion

### B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(2200) Urologie

### B-[11].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

<b>Name/Funktion:</b>	Priv.-Doz. Dr. med. Bernhard Brehmer, Chefarzt
<b>Telefon:</b>	0791 753 4731
<b>Fax:</b>	0791 753 4922
<b>E-Mail:</b>	urologie@dasdiak.de

### B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:	Ja
<b>Erläuterungen:</b>	Zielvereinbarungen beziehen sich auf die Ertragslage des Klinikums und bestimmte Qualitätsmerkmale.

### B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
2	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
5	Kinderurologie
6	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
7	Minimalinvasive endoskopische Operationen
8	Tumorchirurgie
9	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
10	Prostatazentrum
11	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
12	Nierenchirurgie
13	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
14	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
15	Prothesenchirurgie der Urologie (Penisprothesen, Sphinkterprothesen)

## B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1540
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-[11].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	282
2	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	202
3	C67	Harnblasenkrebs	123
4	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	117
5	C61	Prostatakrebs	102
6	N30	Entzündung der Harnblase	46
7	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	44
8	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	42
9	N35	Verengung der Harnröhre	39
10	D09	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Lokalisationen	34
11	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	32
12	C62	Hodenkrebs	31
13	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	29
14	R33	Unvermögen, trotz Harndrang und voller Blase Urin zu lassen	26
15	N44	Drehung der Hoden mit Unterbrechung der Blutversorgung	26
16	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	25
17	N41	Entzündliche Krankheit der Prostata	23
18	N32	Sonstige Krankheit der Harnblase	23
19	N23	Vom Arzt nicht näher bezeichnete krampfartige Schmerzen im Bereich der Nieren, die in Bauch und Unterleib ausstrahlen können - Nierenkolik	22
20	N49	Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane	16

## B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-[11].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschleife	584
2	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	207
3	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	178
4	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	172
5	8-133	Wechsel bzw. Entfernung eines Harnblasenschlauchs (Katheter) über die Bauchdecke	172
6	8-132	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase	159
7	5-601	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre	125
8	5-550	Operativer Einschnitt in die Niere, Einbringen eines Schlauches zur Harnableitung aus der Niere, Steinentfernung durch operativen Einschnitt, Erweiterung des Nierenbeckens bzw. Steinentfernung durch eine Spiegelung	125
9	1-665	Untersuchung der Harnleiter durch eine Spiegelung	122
10	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	99
11	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	81
12	5-98b	Untersuchung des Harnleiters und Nierenbeckens mit einem schlauchförmigen Instrument, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)	69
13	5-585	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	62
14	5-604	Operative Entfernung der Prostata, der Samenblase und der dazugehörigen Lymphknoten	46
15	5-570	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	39
16	5-554	Operative Entfernung der Niere	34
17	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	33
18	5-624	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack	27
19	5-629	Sonstige Operation am Hoden	26
20	8-607	Behandlung durch Unterkühlung zur Verringerung des Sauerstoffbedarfs	25

## B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Urologische Sprechstunde
	VU00 - Allgemeine urologische Fragestellungen
	VU08 - Kinderurologie
2	Blasen- und Inkontinenzsprechstunde
	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
3	Urologische Privatsprechstunde
4	Urologische Notfallambulanz

## B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ambulante Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffe bieten wir im Rahmen der kassenärztlichen Zulassungen und der Privatsprechstunden und ab 2014 auch nach § 115b SGB V an.

### B-[11].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	39
2	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	39
3	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	27
4	5-624	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack	12
5	5-611	Operativer Verschluss eines Wasserbruchs (Hydrocele) am Hoden	9

## B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[11].11 Personelle Ausstattung

### B-[11].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	7	7	0	0,57	6,43	239,5
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4	4	0	0,48	3,52	437,5

#### B-[11].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	
1	Urologie mit Zusatzweiterbildung: Spezielle urologische Chirurgie

#### B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Medikamentöse Tumortherapie
2	Andrologie
3	Palliativmedizin

### B-[11].11.2 Pflegepersonal

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	20,37	20,27	0,1	1,3	19,07	80,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,87	1,87	0	0,04	1,83	841,5
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,14	2,14	0	0,15	1,99	773,9
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,33	1,33	0	0,15	1,18	1305,1

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,53	0,53	0	0,07	0,46	3347,8
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,25	1,25	0	0,03	1,22	1262,3

### B-[11].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Pflege in der Onkologie
3	Operationsdienst
4	Intensivpflege und Anästhesie
5	Bachelor
6	Hygienefachkraft hausübergreifend
7	Hygienebeauftragte in der Pflege
8	Praxisanleitung

### B-[11].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikationen	
1	Basale Stimulation
2	Qualitätsmanagement
3	Schmerzmanagement
4	Wundmanagement
5	Kontinenzmanagement
6	Entlassungsmanagement
7	Kinästhetik
8	Geriatric Geriatrischer Schwerpunkt
9	Diabetes Stationsübergreifend organisiert
10	Stomamanagement Stationsübergreifend organisiert
11	Palliative Care

## B-[12] Neurochirurgische Klinik

### B-[12].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Abteilungsart:</b>	Belegabteilung
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Neurochirurgische Klinik
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.neurochirurgie-sha.de">http://www.neurochirurgie-sha.de</a>



Wir haben unsere Aktivitäten und das Behandlungsspektrum in der Kopf-Chirurgie während der letzten Jahre konsequent ausgebaut. Das hohe Qualitätsniveau, das man von unserer Einrichtung gewohnt war, haben wir bei unserer täglichen Arbeit auch in diesem Bereich der Neurochirurgie sichern können.

Die Neurochirurgische Klinik führt Operationen von Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen des zentralen und peripheren Nervensystems, der Wirbelsäule und des Gehirns durch (etwa 80% davon stationär, 20% ambulant). Einen Schwerpunkt bilden die chirurgischen Eingriffe im Bereich der Wirbelsäule. Dazu gehören:

- Bandscheiben-Operationen
- Einsatz von Bandscheiben-Prothesen
- Versteifungen der Lendenwirbelsäule
- Operation von Rückenmarkstumoren bzw. Tumoren ausgehend von den Rückenmarkhüllstrukturen
- Behandlung osteoporotischer Wirbelkörperfrakturen

Operationen von **Hirntumoren** im Bereich der Gehirnkongexität (gewölbter Teil des Großhirns), die vom Hirngewebe oder dessen Hüllstrukturen (z. B. der harten Hirnhaut) ausgehen, gehören ebenfalls zu den Schwerpunkten unserer Abteilung. Diese führen wir in Zusammenarbeit mit der interdisziplinären Intensivstation des Diakonie-Klinikums durch. Die Nachbehandlung erfolgt interdisziplinär in Abstimmung mit der Onkologie, Neurologie und der Strahlentherapie.

**Schädel-Hirn-Verletzte** werden von unseren Ärzten konsiliarisch betreut und - sofern nötig - operiert. Dies geschieht im Rahmen der interdisziplinären traumatologischen Versorgung gemeinsam mit den Unfallchirurgen des Diakonie-Klinikums.

Im Rahmen der **Kinderneurochirurgie** operieren wir Schädelfehlbildungen, offenen Rücken, Hydrocephalus (Wasserkopf), Tumoren und Schädel-Hirn-Traumen.

### Chirurgie der peripheren Nerven und Schmerztherapie

Wir operieren - meist ambulant in der interdisziplinären Tagesklinik - Nerventumore oder Kompressionssyndrome im Bereich der Extremitäten. Zur Behandlung chronischer Schmerzsyndrome implantieren wir Medikamentenpumpen, die eine betroffene Rückenmarksregion oder Schmerzzentren des Gehirns permanent und gezielt mit schmerz-stillenden Mitteln versorgen. Bei bestimmten Schmerzzuständen oder Gefäßerkrankungen werden unter geeigneten Voraussetzungen Elektroden zur dauerhaften Stimulation des zuständigen Rückenmarksabschnittes implantiert.

Viele unserer Operationen führen wir mikrochirurgisch und endoskopisch durch. Modernste Prothesen und Implantate, die wir mittels minimalinvasiver Instrumentierung unter permanenter Überwachung der Nerven (Neuromonitoring) implantieren, ermöglichen heute höchste natürliche Mobilität. Dafür wurde am Diakonie-Klinikum ein hochmodernes Nerven-Überwachungs-System der Spitzentechnologie angeschafft.

Bei der Operation von Hirntumoren wird zur sicheren Entfernung des Tumorgewebes eine Ultraschallnavigation eingesetzt. Damit können auch Biopsien (Gewebeentnahmen) tiefer gelegener Hirnregionen mit sicherer Technik vorgenommen werden.

## B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(1700) Neurochirurgie

## B-[12].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

<b>Name/Funktion:</b>	<b>Dr. med. Michael Dette, Belegarzt</b>
<b>Telefon:</b>	0791 753 4890
<b>Fax:</b>	0791 753 4895
<b>E-Mail:</b>	neurochirurgie@dasdiak.de

<b>Name/Funktion:</b>	<b>Dr. med. Thomas Hopf, Belegarzt</b>
<b>Telefon:</b>	0791 753 4890
<b>Fax:</b>	0791 753 4895
<b>E-Mail:</b>	neurochirurgie@dasdiak.de

<b>Name/Funktion:</b>	<b>Dr. med. Thorsten Enk, Belegarzt</b>
<b>Telefon:</b>	0791 753 4890
<b>Fax:</b>	0791 753 4895
<b>E-Mail:</b>	neurochirurgie@dasdiak.de

<b>Name/Funktion:</b>	<b>Hr. Gerd Steffen, Belegarzt</b>
<b>Telefon:</b>	0791 753 4890
<b>Fax:</b>	0791 753 4895
<b>E-Mail:</b>	neurochirurgie@dasdiak.de

## B-[12].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Vereinbarung geschlossen

## B-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis)
2	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
3	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark
4	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels
5	Chirurgie der intraspinalen Tumoren
6	Chirurgie der peripheren Nerven
7	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
8	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
9	Minimalinvasive endoskopische Operationen
10	Spezialsprechstunde
11	Wirbelsäulenchirurgie
12	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
13	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
14	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
15	Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. "Funktionelle Neurochirurgie")
16	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
17	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien

## B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	755
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-[12].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	365
2	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	134
3	M50	Bandscheibenschaden im Halsbereich	79
4	S06	Verletzung des Schädelinneren	30
5	M79	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes	29
6	M53	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule bzw. des Rückens[, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist]	23
7	D16	Gutartiger Tumor des Knochens bzw. des Gelenkknorpels	16
8	M43	Sonstige Verformung der Wirbelsäule bzw. des Rückens	14
9	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	9
10	D32	Gutartiger Tumor der Hirnhäute bzw. der Rückenmarkshäute	6

## B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-[12].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	488
2	5-831	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	326
3	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	207
4	5-037	Operation an Blutgefäßen im Wirbelkanal	181
5	5-836	Operative Versteifung der Wirbelsäule - Spondylodese	59
6	5-013	Operativer Einschnitt an Gehirn bzw. Hirnhäuten	53
7	5-83b	Operative Befestigung von Knochen (dynamische Stabilisierung) der Wirbelsäule	47
8	5-039	Sonstige Operation am Rückenmark bzw. an den Rückenmarkshäuten	45
9	5-035	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Rückenmarks bzw. der Rückenmarkshäute	26

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
10	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	25
11	5-835	Ersatz von Knochen an der Wirbelsäule	25
12	5-021	Wiederherstellende Operation an den Hirnhäuten	22
13	5-015	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gehirngewebe	16
14	5-038	Operation an den Hirnwasserräumen im Rückenmarkskanal	8
15	5-010	Operative Schädelöffnung über das Schädeldach	< 4

## B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bitte informieren Sie sich über ambulante Behandlungsmöglichkeiten direkt in der Praxis. Einen ersten Überblick bietet Ihnen auch die Praxis-Homepage.

1	Neurochirurgische Praxis und Klinik Schwäbisch Hall
---	---

## B-[12].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

### B-[12].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Ja

## B-[12].11 Personelle Ausstattung

### B-[12].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	4					188,8

### B-[12].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	
1	Neurochirurgie

### B-[12].11.2 Pflegepersonal

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,6	11,6	0	0	11,6	65,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,3	1,3	0	0	1,3	580,8
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,04	1,04	0	0	1,04	726,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,31	1,31	0	0	1,31	576,3
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,3	0,3	0	0	0,3	2516,7
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,76	0,76	0	0	0,76	993,4

### B-[12].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Operationsdienst
4	Bachelor
5	Hygienefachkraft hausübergreifend
6	Hygienebeauftragte in der Pflege
7	Praxisanleitung

### **B-[12].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation**

	Zusatzqualifikationen
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Wundmanagement
4	Entlassungsmanagement
5	Geriatric Geriatrischer Schwerpunkt
6	Diabetes Stationsübergreifend organisiert
7	Kinästhetik
8	Stomamanagement
9	Qualitätsmanagement
10	Palliative Care

## B-[13] Frauenklinik

### B-[13].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Abteilungsart:</b>	Hauptabteilung
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Frauenklinik
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak-klinikum.de">http://www.dasdiak-klinikum.de</a>



**Die Frauen werden in unserer Klinik ganzheitlich als Einheit von Seele und Körper wahrgenommen - sei es in der Geburtshilfe, in der Gynäkologie oder im Brustzentrum und Gynäkologischen Krebszentrum. Dementsprechend gibt es viele Angebote zur Beratung, auch vor und nach dem Krankenhausaufenthalt.**

Entbindungen, Pränataldiagnostik, gynäkologische und urogynäkologische Eingriffe sowie onkologische Operationen an den Genitalorganen und der Brustdrüse einschließlich der entsprechenden Vor- und Nachbehandlung sind die Schwerpunkte der Frauenklinik am Diakonie-Klinikum.

#### **Geburtshilfe und Pränataldiagnostik**

Bereits vor der Geburt sind die werdende Mutter und ihr Ungeborenes gut bei uns aufgehoben. Geburtsvorbereitungskurse bietet das Gesundheitszentrum am Diak, Ärzte und Hebammen führen Kreißsaalbesichtigungen und Informationsabende durch. Die Pränataldiagnostik findet in der Ambulanz statt, wo die Sonografie von einem hochspezialisierten Arzt durchgeführt wird, der das Zertifikat der Stufe 3 der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) erworben hat.

Eine natürliche Entbindung ist der Wunsch vieler werdender Mütter und Väter. Dem tragen wir Rechnung, indem wir natürliche Hilfsmittel wie warme Bäder, Bewegung, Akupunktur, Aromastoffe, Licht- und Klangeffekte und homöopathische Mittel anbieten. Für die Geburt selbst kann zwischen unterschiedlichsten Haltungen gewählt werden, vom Gebärhocker bis hin zur Unterwassergeburt.

Im Jahr 2016 kamen 1.325 (Vj. 1.250) Kinder zur Entbindung ins Diakonie-Klinikum. Die Zahl der Geburten im Diakonie-Klinikum ist seit Jahren konstant bzw. steigend (gegen den Trend).

Direkt nach der Geburt nimmt ein Arzt die erste Untersuchung (U1) des Neugeborenen vor. Bei Risikofällen ist ein Kinderarzt anwesend. Nötigenfalls kann das Neugeborene direkt in die benachbarte Kinderklinik des Diakonie-Klinikums gebracht werden, die besonders gut auf die Versorgung von Früh- und Frühstgeborenen eingerichtet ist (inkl. Neugeborenen-Intensivstation). Frauen- und Kinderklinik führen gemeinsam ein Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe (Level1).

Eine enge Kooperation besteht mit anderen spezialisierten Kinderkliniken, so dass selbst Neugeborene mit Herzproblemen umgehend versorgt werden können.

### **Die Gynäkologie**

Von der großen onkologischen Radikaloperation bei Ovarial- (Eierstock-) oder Zervixkarzinom (Gebärmutterhalskrebs) über anspruchsvolle endoskopische Eingriffe bis hin zu vaginalen Senkungsoperationen incl. Netzeinlagen werden alle operativen Verfahren in der Frauenklinik durchgeführt, teilweise auch ambulant.

Wir verfügen über eine gynäkologische Tagesklinik für ambulante Chemotherapien.

### **Das Brustzentrum Hohenlohe**

Speziell für Patientinnen mit Brustkrebs wurde im Diakonie-Klinikum das Brustzentrum Hohenlohe eingerichtet. Seit 2005 ist dieses interdisziplinär mit anderen Fachdisziplinen des Hauses (Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie, Nuklearmedizin, Psychosomatik) arbeitende Zentrum zertifiziert. Die Rezertifizierung für das Zentrum haben wir in 2008, 2011, 2014 und wieder in 2016 erhalten. Um betroffene Frauen nach den neuesten Qualitätsstandards behandeln zu können, nimmt das Brustzentrum an klinischen Studien teil.

Alle für eine optimale Diagnose und Behandlung erforderlichen Ärzte, Pflegekräfte und Geräte stehen hier zur Verfügung:

- Hochauflösende Mammasonographie (Ultraschalluntersuchung der Brustdrüse)
- Digitale Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brustdrüse)
- Freinadel- oder Stanzbiopsie (Gewebeentnahme unter Bildkontrolle)
- Brusterhaltende Operationen
- Darstellung und Entfernung des sog. Wächterlymphknotens
- Ambulante Strahlentherapie
- Ambulante Chemotherapie
- Antihormontherapie
- Antikörpertherapie

Die Diagnose "Krebs" ist für jede Frau und ihre Angehörigen eine große Belastung - physisch und psychisch. Wir tun alles in unseren Kräften stehende, um Unterstützung und Hilfe in dieser schwierigen Lebensphase zu leisten. Dafür stehen erfahrene ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten und - auf Wunsch - auch unsere Seelsorger zur Verfügung. Im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung kümmern wir uns auch um die kosmetischen Probleme, die vielfach eine Chemotherapie begleiten. Wöchentlich finden Seminarveranstaltungen zur Pflege von Haut und Haar statt.

Neueste mikrochirurgische Brustrekonstruktionstechniken mit Eigengewebestransplantationen werden durch die Plastische Chirurgie des Diakonie-Klinikums durchgeführt.

### **Das Gynäkologische Krebszentrum Hohenlohe**

Für Patientinnen mit Unterleibskrebserkrankungen, wie Eierstockkrebs, Gebärmutterhöhlenkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Krebs des Scheideneingangs u.a., wurde im Jahr 2010 das interdisziplinäre Gynäkologische Krebszentrum zertifiziert. In 2013 und 2016 haben wir die Rezertifizierung für dieses Zentrum erhalten.

Alle für eine optimale Diagnose und Behandlung erforderlichen Ärzte, Pflegekräfte und Geräte stehen hier in Kooperation mit anderen Fachdisziplinen des Hauses (Radiologie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Pathologie, Psychosomatik) zur Verfügung:

- Hochauflösende Vaginalsonographie (Ultraschalluntersuchung der Genitalorgane),
- Dysplasiesprechstunde,

- Computertomographie (Klinik für Röntgendiagnostik)
- Kernspintomographie (Klinik für Röntgendiagnostik)
- Laparotomie (Bauchschnittoperation) mit Lymphknotenentfernung
- Laparoskopische Operationsverfahren (Bauchspiegelung)
- Ambulante Strahlentherapie
- Ambulante Chemotherapie
- Antikörpertherapie

Um betroffene Frauen nach den neuesten Qualitätsstandards behandeln zu können, nimmt das Gynäkologische Krebszentrum an klinischen Studien teil. Zur Krankheitsbewältigung finden regelmäßig Gesprächsgruppen für Patientinnen unter Leitung einer ärztlichen Psychoonkologin statt.

### Die Gynäkologische Urologie

In einer Spezialsprechstunde wird sorgfältig die Krankengeschichte erhoben, eine gynäkologische Untersuchung und eine Ultraschalluntersuchung der Unterleibsorgane und der Blase sowie eine urodynamische Untersuchung (Blasendruckmessung) durchgeführt. Anhand der Ergebnisse kann entschieden werden, ob nicht-operative Behandlungsmöglichkeiten, z.B. Beckenbodentraining mit Biofeedback oder Medikamente eingesetzt werden oder ob eine Operation, wie die Einlage einer spannungsfreien Vaginalschlinge (TVT/TOT) oder Netzeinlagen bei Senkungszuständen notwendig ist.

### Aus- und Fortbildungen

Das ärztliche und nicht-ärztliche Personal der Frauenklinik hält Vorträge zu allen relevanten Themen - auch im Rahmen von Patientinnentagen der Krebszentren. Das Patientenmagazin "Fühl Dich wohl" informiert über alle Aspekte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Diak.

## B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

## B-[13].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

<b>Name/Funktion:</b>	Prof. Dr. med. Andreas Rempen, Chefarzt
<b>Telefon:</b>	0791 753 4605
<b>Fax:</b>	0791 753 4923
<b>E-Mail:</b>	frauenklinik@dasdiak.de

## B-[13].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Vereinbarung geschlossen

## B-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Geburtsbetreuung (stationäre Entbindung)
2	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
3	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
4	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
5	Endoskopische Operationen
6	Gynäkologische Chirurgie
7	Inkontinenzchirurgie
8	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
9	Pränataldiagnostik und -therapie
10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
12	Geburtshilfliche Operationen
13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
15	Ambulante Entbindung
16	Urogynäkologie
17	Onkologische Tagesklinik
18	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie

## B-[13].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Einen Überblick über unterschiedliche Angebote zur Barrierefreiheit finden Sie in der Gesamtübersicht unseres Klinikums. Außerdem stehen Ihnen bei Bedarf auch weitere Angebote (z.B. für Patienten mit besonderem Übergewicht) zur Verfügung.

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	Mehrsprachige Internetseite

## B-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 3793

Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-[13].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Neugeborene	877
2	O80	Normale Geburt eines Kindes	328
3	O70	Dammriss während der Geburt	275
4	C50	Brustkrebs	221
5	O42	Vorzeitiger Blasensprung	137
6	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	106
7	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	96
8	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	87
9	Z83	Sonstige spezifische Krankheit in der Familienvorgeschichte	85
10	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	81
11	D27	Gutartiger Eierstocktumor	71
12	O48	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht	70
13	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	66
14	O64	Geburtshindernis durch falsche Lage bzw. Haltung des ungeborenen Kindes kurz vor der Geburt	60
15	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	57
16	O99	Sonstige Krankheit der Mutter, die an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet werden kann, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verkompliziert	55
17	C54	Gebärmutterkrebs	43
18	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	37

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
19	N83	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder	36
20	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim ungeborenen Kind	31

## B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-[13].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	1196
2	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	663
3	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	547
4	9-500	Patientenschulung	431
5	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	252
6	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	209
7	5-683	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	165
8	5-740	Klassischer Kaiserschnitt	154
9	5-704	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide	142
10	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	127
11	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe	123
12	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	113
13	9-280	Krankenhausbehandlung vor der Entbindung im gleichen Aufenthalt	108
14	5-738	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht	103
15	5-728	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke	81
16	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	75
17	5-661	Operative Entfernung eines Eileiters	71
18	5-872	Komplette operative Entfernung der Brustdrüse	69
19	5-756	Entfernung von zurückgebliebenen Resten des Mutterkuchens (Plazenta) nach der Geburt	67
20	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	67

## B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>1</b>	<b>Gynäkologische Sprechstunde</b>
	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
	VG16 - Urogynäkologie
<b>2</b>	<b>Gynäkologische Privatsprechstunde</b>
	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
	VG16 - Urogynäkologie
<b>3</b>	<b>Gynäkologische Notfallambulanz</b>
	VG00 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des weiblichen Genitaltraktes
	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse

## B-[13].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Weitere ambulante Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffe bieten wir im Rahmen der kassenärztlichen Zulassungen und der Privatsprechstunden an.

### B-[13].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	177
2	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung	104
3	5-671	Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals	71
4	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe	61
5	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	26
6	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	23

### B-[13].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

### B-[13].11 Personelle Ausstattung

#### B-[13].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	12,19	10,99	1,2	2,39	9,8	387,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,11	5,91	1,2	2,22	4,89	775,7

### B-[13].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe Zertifikat MIC II der AGE (Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie), Zertifikat DEGUM-Stufe III für Geburtshilfe und Gynäkologie (Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin), Kolposkopiediplom der AG-CPC (Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie)
2	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
3	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie

### B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Medikamentöse Tumortherapie
2	Palliativmedizin

### B-[13].11.2 Pflegepersonal

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	15,53	15,53	0	2,24	13,29	285,4
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,13	7,13	0	0,07	7,06	537,3
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,9	0,9	0	0,12	0,78	4862,8
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	2,12	2,12	0	0,2	1,92	1975,5
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	13,09	13,09	0	0	13,09	289,8
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,44	0,44	0	0,06	0,38	9981,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,45	3,45	0	2,3	1,15	3298,3

### B-[13].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Pflege in der Onkologie
4	Operationsdienst
5	Bachelor
6	Hygienefachkraft hausübergreifend
7	Hygienebeauftragte in der Pflege
8	Praxisanleitung

### B-[13].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Schmerzmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Kontinenzmanagement
4	Basale Stimulation
5	Palliative Care
6	Qualitätsmanagement
7	Breast Care Nurse
8	Still- und Laktationsberatung
9	Geriatric Geriatrischer Schwerpunkt
10	Diabetes Stationsübergreifend organisiert
11	Stomamanagement Stationsübergreifend organisiert

## B-[14] Hals-Nasen-Ohrenklinik

### B-[14].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Abteilungsart:</b>	Belegabteilung
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Hals-Nasen-Ohrenklinik
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak.de">http://www.dasdiak.de</a>



**Die hohe Zahl der Operationen gewährleistet Routine, Sicherheit und ein gutes Operationsergebnis für die Patienten.**

Die Hals-Nasen-Ohrenklinik verfügt über 16 Betten.

Zur nächstgelegenen Hauptabteilung (Stuttgart, Heidelberg oder Würzburg) beträgt die Fahrzeit ca. eine Stunde. Jährlich werden außerhalb der eigenen Praxis zwischen 1.600 und 1.700 Patienten belegärztlich stationär und im ambulanten OP-Zentrum behandelt.

Das Leistungsspektrum der HNO-Beleg-Klinik umfasst:

#### Ohrchirurgie

- Gehörverbessernde Operationen
- Cholesteatome des Ohres
- Chronische Mittelohrentzündungen
- Schädelbasischirurgie
- Fehlbildungen des äußeren Ohres

#### Chirurgie der Nase

- Plastische Chirurgie der inneren und äußeren Nase
- Endoskopische funktionelle Chirurgie der Nasennebenhöhle
- Frontobasis-Chirurgie
- Chirurgie des Mittelgesichts (Traumatologie)
- Plastische und Wiederherstellungschirurgie im Gesichts- und Kopfbereich
- Chirurgie der Tränenwege

#### Chirurgie der Speicheldrüsen

- Chirurgie bei Speichelsteinen
- Chirurgie der Speicheldrüsentumore

Chirurgie von Mundhöhle, Zunge, Rachen und Kehlkopf

- Endoskopische Laser-Chirurgie
- Tumor-Chirurgie
- Lokale plastische und Wiederherstellungschirurgie
- Chirurgie der Luft- und Speiseröhre im Halsbereich

Schlafmedizin

- Operative Therapie

Klassische Therapie akuter Hörstörungen

Onkologie

- Chirurgische Therapie und Laserchirurgie

Die Belegärzte der Abteilung Hals-Nasen-Ohrenklinik sind als Konsiliarärzte auf allen Stationen der Klinik präsent und können hinzugezogen werden.

Im Bereich der Onkologie führen wir die vollständige Diagnostik und bei Bedarf den operativen Eingriff durch. Für den Patienten vorteilhaft ist die enge Zusammenarbeit mit den anderen Krebs-Spezialisten des Krankenhauses (Chemotherapie, Strahlentherapie) zur Sicherstellung eines dauerhaften Behandlungserfolgs.

### B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

### B-[14].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

<b>Name/Funktion:</b>	<b>Priv.-Doz. Dr. med. Heinrich Lenders, Belegarzt</b>
<b>Telefon:</b>	0791 6677
<b>Fax:</b>	0791 6696
<b>E-Mail:</b>	praxis@dr-lenders.de

<b>Name/Funktion:</b>	<b>Dr. (univ. Conc.) Roberto Mulach, Belegarzt (bis 31.3.2017)</b>
<b>Telefon:</b>	0791 6566
<b>Fax:</b>	
<b>E-Mail:</b>	info@dasdiak.de

## B-[14].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Vereinbarung geschlossen

## B-[14].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
4	Schwindeldiagnostik/-therapie
5	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
7	Operative Korrekturen der Nasenscheidewand
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
10	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
11	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
12	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
13	Interdisziplinäre Tumornachsorge
14	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
15	Laserchirurgie
16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
18	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
19	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
20	Mittelohrchirurgie
21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
22	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
23	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
24	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren

## B-[14].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	415
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-[14].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	107
2	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	103
3	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	31
4	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	30
5	H71	Eitrige Entzündung des Mittelohrs mit Zerstörung von Knochen und fortschreitender Schwerhörigkeit - Cholesteatom	23
6	J36	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln	17
7	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	10
8	R04	Blutung aus den Atemwegen	8
9	C32	Kehlkopfkrebs	8
10	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	6

## B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-[14].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	170
2	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	114
3	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie	103
4	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	92
5	5-259	Sonstige Operation an der Zunge	37
6	5-195	Operativer Verschluss des Trommelfells oder wiederherstellende Operation an den Gehörknöchelchen	30
7	5-282	Operative Entfernung von Gaumen- und Rachenmandeln	30
8	5-289	Sonstige Operation an Gaumen- bzw. Rachenmandeln	23
9	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	14
10	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	13

## B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bitte informieren Sie sich über die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten direkt in der Praxis. Einen ersten Überblick bietet Ihnen auch die Praxis-Homepage.

## B-[14].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

### B-[14].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	148
2	5-202	Operativer Einschnitt in den Warzenfortsatz bzw. das Mittelohr	96
3	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	85
4	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	14
5	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	8

## B-[14].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Ja

## B-[14].11 Personelle Ausstattung

### B-[14].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2					207,5

### B-[14].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	
1	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Zusatzqualifikation: "Spezielle HNO-Chirurgie"

### B-[14].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Allergologie
2	Plastische Operationen

### B-[14].11.2 Pflegepersonal

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,39	4,39	0	0,23	4,16	99,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,59	0,59	0	0,01	0,58	715,5
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,61	0,61	0	0,07	0,54	768,5
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,26	0,26	0	0,07	0,19	2184,2
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,12	0,12	0	0,03	0,09	4611,1
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,25	0,25	0	0,01	0,24	1729,2

### B-[14].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Operationsdienst
4	Bachelor
5	Hygienefachkraft hausübergreifend
6	Hygienebeauftragte in der Pflege
7	Praxisanleitung

### B-[14].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Geriatric
2	Kinästhetik
3	Stomamanagement Stationsübergreifend organisiert
4	Diabetes Stationsübergreifend organisiert
5	Basale Stimulation
6	Entlassungsmanagement
7	Schmerzmanagement

## B-[15] Augenklinik

### B-[15].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Abteilungsart:</b>	Belegabteilung
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Augenklinik
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak-klinikum.de">http://www.dasdiak-klinikum.de</a>



**Aufgrund des hohen Patientenaufkommens der Augenklinik verhelfen wir sehr vielen Menschen zu einer verbesserten Sehfähigkeit und damit zu einer höheren Lebensqualität.**

Herr Dr. Stefan Hornef leitet die Augenbelegabteilung.

Bei der operativen Versorgung in der Augenheilkunde hat sich bereits vor etlichen Jahren bundesweit ein grundlegender Wandel vollzogen. Wie andernorts werden auch am Diakonie-Klinikum stationäre augenärztliche Behandlungen nur noch in Ausnahmefällen durchgeführt. Die überwiegende Mehrzahl an Eingriffen erfolgt ambulant.

Im Diakonie Klinikum werden Jährlich bis zu 1000 operativen Eingriffe vorgenommen, vorwiegend intraokular. Schwerpunkte bilden die Operation des Grauen Stars (bzw. Katarakt) und die operative Medikamente-Eingabe in den Glaskörper, meist als IVOM bezeichnet. Des Weiteren erfolgen unter anderem Lid-Operationen bei Tumoren, Fehlstellungen der Lider.

Häufigster Einsatzbereich der IVOM ist die feuchte Form der Altersbedingten Makuladegeneration (AMD). Weitere wichtige Anwendungsbereiche sind die Augenhintergrunderkrankungen bei Diabetes und Netzhautvenenverschlüsse. Im Jahr 2016 hat die IVOM in Deutschland erstmals die Grauer Star-Operation als bisherigen Spitzenreiter der häufigsten Operationen aller Fachbereiche abgelöst.

Auch bei der Grauer Star-Operation ist im ständigen Fluss, die als Linsenersatz zu implantierenden Kunststofflinsen haben sich weiterentwickelt. Mittlerweile gibt es ein ständig wachsendes Angebot sogenannter Premiumlinsen, die individuelle Lösungen beim Wunsch nach mehr Brillenunabhängigkeit bieten. Auch die OP-Technik geht unter anderem weiter in Richtung Verkleinerung des operativen Schnittes, was geringeres Wundtrauma, weniger Komplikationen und beschleunigter Heilungsverlauf bedeutet.

Die konservative und laserchirurgische ambulante Patientenversorgung führt Herr Dr. Hornef in seinen eigenen Praxisräumen in Schwäbisch Hall, Blendstatt 3, in der Nähe des Landratsamtes, durch.

### B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(2700) Augenheilkunde

### B-[15].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

<b>Name/Funktion:</b>	Dr. med. Stefan Hornef, Belegarzt
<b>Telefon:</b>	0791 97826100
<b>Fax:</b>	0791 978261099
<b>E-Mail:</b>	info@dasdiak.de

### B-[15].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

### B-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
3	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
5	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
6	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
8	Laserchirurgie des Auges

## B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Vollstationäre Fallzahl:</b>	8
<b>Teilstationäre Fallzahl:</b>	0

## B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-[15].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

Die hier aufgeführten Fallzahlen beziehen sich auf unsere stationären Patienten. Der Großteil unserer Patienten wird ambulant behandelt.

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	H25	Grauer Star im Alter - Katarakt	8

## B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Die hier aufgeführten Fallzahlen beziehen sich auf unsere stationären Patienten. Der Großteil unserer Patienten wird ambulant behandelt

### B-[15].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	8

## B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bitte informieren Sie sich über die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten direkt in der Praxis.

## B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

### B-[15].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[15].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Ja

## B-[15].11 Personelle Ausstattung

### B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	1					8,0

### B-[15].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
1	Augenheilkunde

### B-[15].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[15].11.2 Pflegepersonal

Die Patienten der Augenklinik werden auf fachübergreifenden Stationen pflegerisch mitbetreut.

## B-[16] Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

### B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Abteilungsart:</b>	Hauptabteilung
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
<b>Straße:</b>	Am Mutterhaus
<b>Hausnummer:</b>	1
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak-klinikum.de">http://www.dasdiak-klinikum.de</a>



**Es gibt nicht die Alternative zwischen somatischer und psychischer Ursache für eine Krankheit. Wir haben es immer mit einer Wechselwirkung zwischen Beidem zu tun.**

In der Psychosomatik werden Erkrankungen mit körperlichen und seelischen Ursachen behandelt, die häufig in Wechselwirkung zueinander stehen.

Unsere Aufgabe in der Diagnostik und Therapie besteht darin zu klären: Wo liegt aktuell das Hauptproblem und wo die Interventionsmöglichkeit bzw. der Interventionsbedarf.

Ist beispielsweise kein körperlicher Befund feststellbar, haben wir so lange keine Option für eine psychotherapeutische Behandlung, wie der Patient/ die Patientin von einer somatischen Ursache seiner Beschwerden überzeugt ist. Umgekehrt kann es vorkommen, dass ein Patient mit einem vermeintlich psychischen Problem zu uns kommt, wir aber feststellen, dass die Ursache eine somatische ist.

Wir unterscheiden psychosomatische Erkrankungen mit einem psychischen Auslöser, der sich somatisch niederschlägt von somatopsychischen Erkrankungen, bei denen sich ein primär somatisches Problem auf die Seele auswirkt. Die Wechselwirkung zwischen Körper und Seele steht im Mittelpunkt der Psychosomatik.

Wir behandeln vorwiegend Patienten mit Ängsten, Essstörungen, Schmerzstörungen, funktionellen (somatoformen) Störungen oder Depressionen. Nicht selten sehen wir dabei Menschen mit entzündlichen Darmerkrankungen, Diabetes, Herz- und Kreislaufbeschwerden usw.

Die Aufenthaltsdauer im Rahmen einer Krisenintervention beträgt 8 bis 10 Tage. Die Dauer einer psychosomatischen Komplexbehandlung ist indikationsbezogen und kann zwischen sechs und zehn Wochen betragen.

Trotzdem brechen nur drei Prozent der Patienten ihre Behandlung bei uns ab. Der Grund liegt

darin, dass die Patienten vorher sehr genau wissen, was für eine Behandlung sie erwartet. Es gibt in der Regel ein ca. 50-minütiges Vorgespräch, in dem wir die Behandlungsindikation und -motivation prüfen und die Patienten über das psychosomatische Behandlungskonzept detailliert aufklären.

Eine Krisenintervention muss dennoch sofort beginnen. Auf einen regulären Therapieplatz wartet man in der Regel zwei bis sechs Wochen.

Wir haben 22 Behandlungsplätze, die in der Regel voll ausgelastet sind.

Das Besondere an der stationären Psychotherapie ist, dass unterschiedliche Therapieformen gleichzeitig angewendet werden und die Patienten aus dem Alltag distanziert sind. Der niedergelassene Psychologe oder ärztliche Psychotherapeut bietet Gespräche an. Sie sind aber nur eine Dimension der Psychotherapie. Menschen, die schwerer erkrankt sind, benötigen eine multimodale Psychotherapie, unter Beachtung und Behandlung der körperlichen Symptome.

Kunst-, Musik- und Körperpsychotherapie in Verbindung mit Einzel- und Gruppenpsychotherapie wird nur in der stationären-psychosomatischen Behandlung realisiert und von den Krankenkassen getragen.

### B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(3100) Psychosomatik/Psychotherapie

### B-[16].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

<b>Name/Funktion:</b>	Dr. med. Helmut Harr, Chefarzt
<b>Telefon:</b>	0791 753 4861
<b>Fax:</b>	0791 753 4862
<b>E-Mail:</b>	psychosomatik@dasdiak.de

### B-[16].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

<b>Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:</b>	Ja
<b>Erläuterungen:</b>	Zielvereinbarungen beziehen sich auf die Ertragslage des Klinikums und bestimmte Qualitätsmerkmale.

## B-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von somatoformer Funktionsstörungen einschließlich der Schmerzsyndrome
2	Diagnostik und Therapie von Problemen bei der Verarbeitung und Bewältigung körperlicher Erkrankungen
3	Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen (Angst- und Panikstörung, Phobien, Zwangs- und depressive Störung mit körperlicher Begleitsymptomatik)
4	Diagnostik und Therapie posttraumatischen Belastungsstörungen
5	Diagnostik und Therapie von psychisch mitbeeinflussten körperlichen Erkrankungen
6	Diagnostik und Therapie von Belastungsreaktionen, akuten Gesundheits- und Lebenskrisen
7	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
8	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
9	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
10	Spezialsprechstunde Ess-Störungen, Schmerzstörungen, somatoforme Erkrankungen
11	Psychosomatische Komplexbehandlung
12	Psychoonkologie
13	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

## B-[16].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 188

Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-[16].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	62
2	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	51
3	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	20
4	F41	Sonstige Angststörung	17
5	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	10
6	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	6
7	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	5
8	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein - Dissoziative oder Konversionsstörung	5

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
9	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	4
10	F61	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens	< 4

## B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-[16].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	4810
2	9-634	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	394
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	306
4	9-642	Umfassende klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	216
5	9-648	Erhöhter therapieprozessorientierter patientenbezogener Supervisionsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	9

## B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Ambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
	VP00 - Diagnostik und Therapie von Essstörungen
	VP00 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
2	Privatambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
3	Notfallambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
	VP00 - Krisenintervention

## B-[16].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

### B-[16].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

trifft nicht zu

## B-[16].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[16].11 Personelle Ausstattung

### B-[16].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	3,35	3,35	0	0,06	3,29	57,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	1,08	1,08	0	0,06	1,02	184,3

### B-[16].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[16].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung	
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden - Internistische Röntgendiagnostik

### B-[16].11.2 Pflegepersonal

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,78	7,78	0	0	7,78	24,2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,5	0,5	0	0	0,5	376,0

### B-[16].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Psychosomatische Pflege
3	Hygienefachkraft
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Praxisanleitung

### B-[16].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikationen	
1	Stomamanagement
2	Diabetes Stationsübergreifend organisiert

**B-[16].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	4,2	4,2	0	4,2	0	0,0
Ergotherapeuten	0,01	0,01	0	0	0,01	18800,0
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	0,48 <sup>1)</sup>	0,48	0	0	0,48	391,7

<sup>1)</sup> außerdem Kunst-und Musiktherapeuten, Atemtherapeutin

## B-[17] Nuklearmedizinische Klinik

### B-[17].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Abteilungsart:</b>	Belegabteilung
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Nuklearmedizinische Klinik
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.nuklearmedizin-sha.de">http://www.nuklearmedizin-sha.de</a>



**Wir machen uns die Eigenschaften radioaktiver Substanzen zu Nutze, um Patienten schonend zu diagnostizieren und zu behandeln.**

In der Nuklearmedizin werden radioaktive Substanzen zu Untersuchungen und Behandlungen eingesetzt. Mit der nuklearmedizinischen "in-vivo-Diagnostik" (im lebenden Organismus) lassen sich mit Hilfe radioaktiv markierter Verbindungen Funktionen eines Organs messen oder bildlich darstellen, z.B. bei Erkrankungen der Schilddrüse, des Herzens, des Gehirns, der Knochen oder Gelenke.

Die Nuklearmedizinische Diagnostik ist Standard bei Fragen zur Schilddrüsenfunktion und in der Krebsdiagnostik. Enge Schnittstellen bestehen zum Brustzentrum (Darstellung des sog. Wächterlymphknotens), zur Chirurgie und zur Urologischen Klinik (Prostata, Niere) des Diakonie-Klinikums z. B. zur Erstellung von Knochenszintigrammen bei Verdacht auf Metastasen. Schwerpunkt der therapeutischen Maßnahmen mit radioaktivem Jod sind gutartige und bösartige Schilddrüsenerkrankungen (letztere erst nach vorausgegangener Operation). Dies ist eine fast nebenwirkungsfreie und gleichzeitig sehr wirksame Behandlungsmethode.

Radioaktive Substanzen werden darüber hinaus zur Schmerztherapie bei Knochenmetastasen, zur Behandlung chronisch entzündeter Gelenke als zusätzliche Therapie neben einer medikamentösen Rheumatherapie oder im Anschluss an eine operative Behandlung chronisch entzündeter Gelenke eingesetzt.

### B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(3200) Nuklearmedizin

### B-[17].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

<b>Name/Funktion:</b>	<b>Dr. med. Tanja Calovini, Belegärztin</b>
<b>Telefon:</b>	0791 80 10
<b>Fax:</b>	0791 85 110
<b>E-Mail:</b>	info@nuklearmedizin-sha.de

<b>Name/Funktion:</b>	<b>Dr. med. Andreas Knierim, Belegarzt</b>
<b>Telefon:</b>	0791 80 10
<b>Fax:</b>	0791 85 110
<b>E-Mail:</b>	info@nuklearmedizin-sha.de

### B-[17].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Vereinbarung geschlossen

### B-[17].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Szintigraphie
2	Therapie mit offenen Radionukliden
3	Radiojodtherapie
4	in-vivo-Diagnostik
5	Behandlung mit radioaktiven Substanzen (z.B. Schmerztherapie bei Knochenmetastasen)
6	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)

## B-[17].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	86
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-[17].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C73	Schilddrüsenkrebs	60
2	E05	Schilddrüsenüberfunktion	25
3	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	< 4

## B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Hier sind nur die Untersuchungen und Behandlungen für die stationären Patienten des Diakonie-Klinikums aufgeführt. Die Mehrheit der Patienten wird ambulant untersucht. Die gesamte Untersuchungszahl in der Praxis für Nuklearmedizin ist deshalb wesentlich höher.

### B-[17].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	3-760	Sondenmessung im Rahmen der Entfernung eines bestimmten Lymphknotens bei Tumorkrankheiten, z.B. bei Brustdrüsenkrebs	116
2	8-531	Strahlenbehandlung von Schilddrüsenkrankheiten mit radioaktivem Jod	51
3	3-706	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Nieren mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	11
4	3-70c	Bildgebendes Verfahren über den ganzen Körper zur Darstellung krankhafter Prozesse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	5
5	3-70d	Bildgebendes Verfahren über Teile des Körpers zur Darstellung krankhafter Prozesse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	< 4
6	3-709	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Lymphsystems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	< 4

## B-[17].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bitte informieren Sie sich über die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten direkt in der Praxis. Einen ersten Überblick bietet Ihnen auch die Praxis-Homepage.

## B-[17].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu

### B-[17].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[17].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[17].11 Personelle Ausstattung

### B-[17].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2					43,0

### B-[17].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### **B-[17].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

### **B-[17].11.2 Pflegepersonal**

Die Patienten der Nuklearmedizinischen Klinik werden in einer abgetrennten Station behandelt und vom Pflegepersonal anderer Stationen fachübergreifend pflegerisch mitbetreut.

## B-[18] Strahlentherapeutische Klinik

### B-[18].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Abteilungsart:</b>	Nicht-Bettenführend
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Strahlentherapeutische Klinik
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak-klinikum.de">http://www.dasdiak-klinikum.de</a>



**Durch neue Hochpräzisionsverfahren in der Strahlentherapie hat sich die Tumorkontrolle wesentlich verbessert.**

Die Strahlentherapeutische Klinik des Diakonie-Klinikums ist eine der modernsten Einrichtungen dieser Art in der Region. Herzstück ist der 1,8 Mio. Euro teure Linearbeschleuniger modernster Bauart, der die punktgenaue Bestrahlung von Tumoren mithilfe eines Multileafkollimators ermöglicht. Durch eine Vielzahl von verschieb- und einstellbaren Blei-Lamellen lässt sich die Form des Tumors exakt abbilden und das Strahlungsziel genau eingrenzen.

Vor einer Behandlung wird die Bestrahlung mit Hilfe eines sehr leistungsfähigen Computers simuliert. Dafür werden zuvor angefertigte Computertomografie-Bilder verwendet. Die Strahlendosis kann dabei exakt vorherberechnet und anhand dreidimensionaler Darstellungen überprüft werden.

Die konsequente Weiterentwicklung dieser Technik ist die intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT). Mit dieser modernen Form der Bestrahlung gelingt es besonders gut, eine hohe Strahlendosis im Tumor zu applizieren und das umgebende Gewebe dabei weitestgehend zu schonen.

Der Linearbeschleuniger erzeugt hochenergetische Photonen- und Elektronenstrahlung. Sie verlangsamt bzw. verhindert das unkontrollierte Wachstum der Tumorzellen, indem sie deren DNA zerstört. Jährlich bestrahlen wir momentan etwa 800 Patienten mit gut- und bösartige Tumoren sowie entzündliche oder degenerative Erkrankungen (etwa 16.000 Bestrahlungen im Jahr). Schwerpunktmäßig behandeln wir Brustkrebs (Mammakarzinome), Prostata- und Lungenkrebs (Bronchialkarzinome) und Darmkrebs (Rektumkarzinome).

Die fachliche Kompetenz unterschiedlicher Ärzte wird bei onkologischen Erkrankungen in sogenannten Krebszentren gebündelt. Dort arbeiten die Spezialisten des erkrankten Organs (z.B.

Frauenärzte, Urologen, Darmspezialisten) mit Onkologen (Chemotherapie), Strahlentherapeuten, Pathologen und Radiologen (Röntgendiagnostik) zusammen, um jedem Patienten die für ihn optimale Therapie anbieten zu können. Darüber hinaus sind auch Psychoonkologen, Mitarbeiter des Sozialdienstes oder speziell geschultes Pflegepersonal und Therapeuten an den Krebszentren beteiligt. Mit ihren Gesprächsangeboten stehen sie den Patienten beratend zur Seite, damit sie nach dem Krankenhausaufenthalt besser mit ihrem Alltag zurechtkommen. Im DIAK gibt es Organkrebs-Zentren für Brustkrebs, Unterleibskrebs, Darmkrebs und Prostatakrebs. Außerdem ist die Onkologische Klinik des Diak als Onkologisches Zentrum Hohenlohe nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie zertifiziert.

Die Ärzte und Physiker der Strahlentherapeutischen Klinik beteiligen sich an Studien und am akademischen Austausch.

### B-[18].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(3300) Strahlenheilkunde

### B-[18].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

<b>Name/Funktion:</b>	Dr. med. Gerlo Witucki, Chefarzt
<b>Telefon:</b>	0791 753 4841
<b>Fax:</b>	0791 753 4911
<b>E-Mail:</b>	gerlo.witucki@dasdiak.de

### B-[18].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Ja

**Erläuterungen:** Zielvereinbarungen beziehen sich auf die Ertragslage des Klinikums und bestimmte Qualitätsmerkmale.

### B-[18].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Orthovoltstrahlentherapie
2	Hochvoltstrahlentherapie
3	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
4	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
5	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
6	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
7	Oberflächenstrahlentherapie

### B-[18].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

Die Abteilung führt keine Betten. Die Fälle mit den zugehörigen Diagnosen sind bei den bettenführenden Abteilungen angegeben.

### B-[18].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-[18].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

Die Abteilung führt keine Betten. Die Fälle mit den zugehörigen Diagnosen sind bei den bettenführenden Abteilungen angegeben.

### B-[18].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Die hier aufgeführten Fallzahlen der Prozeduren beziehen sich auf unsere stationären Patienten. Der Großteil unserer Patienten wird ambulant bestrahlt.

#### B-[18].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-522	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit - Hochvoltstrahlentherapie	682
2	8-528	Überprüfen der Einstellungen vor dem Beginn einer Strahlenbehandlung	86
3	8-527	Herstellen bzw. Anpassen von Hilfsmitteln zur Strahlenbehandlung	80
4	8-529	Planung der Strahlenbehandlung für die Bestrahlung durch die Haut bzw. die örtliche Bestrahlung	62

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
5	8-524	Strahlenbehandlung mit Einbringen der umhüllten radioaktiven Substanz in den Bereich des erkrankten Gewebes in Körperhöhlen oder der Körperoberfläche	8

## B-[18].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Strahlentherapie
	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
	VR33 - Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
	VR30 - Oberflächenstrahlentherapie
	VR31 - Orthovoltstrahlentherapie
2	Strahlentherapie Privatambulanz

## B-[18].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

entfällt- trifft nicht zu

### B-[18].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

### B-[18].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[18].11 Personelle Ausstattung

### B-[18].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	2,7	2,7	0	2,38	0,32	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,7	2,7	0	2,38	0,32	0,0

### **B-[18].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung**

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

## B-[19] Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

### B-[19].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Abteilungsart:</b>	Belegabteilung
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak.de">http://www.dasdiak.de</a>



**Die Implantologie verzeichnet enorme Fortschritte. Wir sind auf dem neusten Entwicklungsstand und können die Erkenntnisse der Forschung für eine verbesserte Lebensqualität unserer Patienten einsetzen.**

Die Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie ist die einzige Fachklinik dieser Art in der Region. Ihr Einzugsbereich reicht bis Heilbronn, Nürnberg und Würzburg. Sie verfügt über zwei Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie mit zwei Approbationen (Medizin und Zahnmedizin) und sie ist anerkannte Weiterbildungsstätte (Landeszahnärztekammer) mit der vollen Weiterbildungsermächtigung. Weiterhin tätig sind Frau Dr. med. Beate Pescheck als Fachzahnärztin für Kinderzahnheilkunde und zwei Assistenten.

Die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie behandelt stationäre und ambulante Patienten (auf Überweisung) mit Risiko- oder schweren Begleiterkrankungen auf dem gesamten Gebiet der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie/ Plastische Operationen und der Oralchirurgie.

### Implantologie

Ein Schwerpunkt der Klinik ist die Implantologie. Sie umfasst neben dem Einpflanzen künstlicher Zahnwurzeln den Aufbau des Kieferknochens (Augmentation) mit körpereigenen Knochentransplantationen unter Einsatz der Piezochirurgie oder künstlichen Knochenersatz. Die Implantologie ist zertifiziert.

### Akut Chirurgie und Plastische Operationen

Die Akut Chirurgie der Belegklinik arbeitet mit annähernd 300 niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten sowie mit mehreren Krankenhäusern der Region zusammen. Die Traumatologie umfasst die Diagnose, Therapie und Rehabilitation von Verletzungen im Mund-, Kiefer- und

Gesichtsbereich. Häufige Ursachen sind Unfälle und Berufsunfallverletzungen sowie Unfälle bei sportlichen Freizeitaktivitäten.

Die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen behandeln neben unfallbedingten Kiefer- und Gesichtsdeformitäten auch angeborene oder erworbene Missbildungen bzw. Kieferfehlstellungen (Dysgnathiechirurgie).

Darüber hinaus werden Erkrankungen der Kieferknochen (chronische Entzündungen), der Gesichtshaut und der Mundschleimhaut (bei Krebsverdacht) diagnostiziert und behandelt.

Zum Leistungsspektrum gehören neben der Diagnostik, Untersuchung und Behandlung gut- und bösartiger Tumoren die Rehabilitation und die langjährige Nachbetreuung der Tumorpatienten. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit der Onkologie und der Strahlentherapie.

### Ästhetische Medizin und Chirurgie

Mit modernen Laser-Geräten werden Laserdiagnostik sowie Laserbehandlungen des Gesichtes, der Mundhöhle und der Haut vorgenommen. In den Bereich der Ästhetischen Chirurgie fällt auch die Korrektur von Falten mit Unterspritzung, Lidstraffung usw.

Die Klinik verfügt über ein digitales Röntgengerät und ein 3-D Röntgengerät (DVT) mit niedriger Strahlenbelastung. Sie eröffnen die Möglichkeit der computergesteuerten Operationsplanung und der Simulation von Eingriffen sowie des digitalen Datenaustausches mit anderen Kollegen und Kliniken.

### B-[19].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

### B-[19].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

<b>Name/Funktion:</b>	<b>Dr. med. Dipl. med. Thomas Peschek, Belegarzt</b>
<b>Telefon:</b>	0791 753 4880
<b>Fax:</b>	0791 85343
<b>E-Mail:</b>	mkgchir@dasdiak-klinikum.de

<b>Name/Funktion:</b>	<b>Dr. med. univ. Dr. med. dent. Peter Romsdorfer, Belegarzt</b>
<b>Telefon:</b>	0791 753 4880
<b>Fax:</b>	0791 85343
<b>E-Mail:</b>	mkgchir@dasdiak-klinikum.de

## B-[19].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Vereinbarung geschlossen

## B-[19].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates
2	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
3	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
4	Akute und sekundäre Traumatologie
5	Dentale Implantologie
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks
8	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
9	Laserchirurgie
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
11	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich
12	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose

## B-[19].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 415

Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-[19].6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-[19].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K04	Krankheit des Zahnmarks bzw. des Gewebes um die Zahnwurzel	106
2	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	69
3	K10	Sonstige Krankheit des Oberkiefers bzw. des Unterkiefers	58
4	K12	Entzündung der Mundschleimhaut bzw. verwandte Krankheit	40
5	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	27
6	C44	Sonstiger Hautkrebs	26
7	K01	Nicht altersgerecht durchgebrochene Zähne	16

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
8	S01	Offene Wunde des Kopfes	15
9	K05	Zahnfleischentzündung bzw. Krankheit des Zahnhalteapparates	12
10	M87	Absterben des Knochens	11

## B-[19].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Die hier aufgeführten Anzahlen der Prozeduren beziehen sich auf unsere stationären Patienten. Der Großteil der Patienten wird ambulant behandelt.

### B-[19].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-243	Operative Entfernung von krankhaft verändertem Kieferknochen infolge einer Zahnkrankheit	350
2	5-230	Zahntentfernung	161
3	5-231	Operative Zahntentfernung durch Eröffnung des Kieferknochens	97
4	5-232	Zahnsanierung durch Füllung	83
5	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	46
6	5-279	Sonstige Operation am Mund	37
7	5-778	Wiederherstellende Operation an den Weichteilen im Gesicht	33
8	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	28
9	5-762	Operatives Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs mit Abtrennung des gesamten Mittelgesichtes von der Schädelbasis	22
10	5-779	Sonstige Operation an Kiefergelenk bzw. Gesichtsschädelknochen	22

## B-[19].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bitte informieren Sie sich über die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten direkt in der Praxis. Einen ersten Überblick bietet Ihnen auch die Praxis-Homepage.

1	Praxisklinik Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Schwäbisch Hall
---	--

## B-[19].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

nicht zutreffend/entfällt

### B-[19].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[19].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[19].11 Personelle Ausstattung

### B-[19].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2					207,5

### B-[19].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	
1	Zahnmedizin spezielle Qualifikation: Fachzahnarzt für Allgemeine Stomatologie
2	Oralchirurgie
3	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

### **B-[19].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

	Zusatz-Weiterbildung
1	Plastische Operationen

### **B-[19].11.2 Pflegepersonal**

Die Patienten werden auf fachbereichübergreifenden Stationen pflegerisch mitbetreut.

## B-[20] Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie

### B-[20].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Abteilungsart:</b>	Nicht-Bettenführend
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak-klinikum.de">http://www.dasdiak-klinikum.de</a>



**Unsere wichtigste Aufgabe ist es, Leben zu retten und Schmerzen zu lindern. Sie ist herausfordernd und erfüllend zugleich.**

Die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin gewährleistet mit 27 ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die anästhesiologische Versorgung aller Kliniken des Diakonie-Klinikums. Mit ca. 12.500 Anästhesien pro Jahr ist ein breites Spektrum anästhesiologisch-operativer Tätigkeit vertreten.

Es werden Anästhesien für operative, interventionelle und diagnostische Eingriffe durchgeführt. Wir betreiben eine fachübergreifende operative Intensivstation, das ambulante OP-Zentrum und eine Schmerzambulanz. Zu unseren Aufgaben gehören das Management des Zentral-OP, die Notfall- und Konsiliartätigkeit und die Organisation des am Diakonie-Klinikums stationierten Notarztdienstes.

Die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin bietet die Möglichkeit zur vollen Facharztweiterbildung, der Zusatzbezeichnung "Notfallmedizin", der fakultativen Weiterbildung "Spezielle Intensivmedizin" und des Erwerbs der Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie".

#### **Anästhesie**

Bereits vor dem Operationstermin beginnt in der Prämedikationsambulanz der Klinik die anästhesiologische Betreuung. Für jeden Patienten werden das individuelle Risiko, die Optimierung der Therapie vor der Operation sowie die Auswahl des geeigneten Narkoseverfahrens und die Narkoseaufklärung in enger Zusammenarbeit mit den operativen und internistischen Kollegen abgeklärt.

Alle heute gebräuchlichen Methoden der Allgemein- und Regionalanästhesie werden eingesetzt: die Analgosedierung, die balancierte Anästhesie und die intravenöse Anästhesie (TIVA).

Kombiniert werden Allgemein- und Regionalanästhesie, insbesondere indem thorakal gelegte Periduralkatheter bei thorax- und abdominalchirurgischen Eingriffen ("fast-track") angewendet werden. Ebenso setzen wir rückenmarksnahe Regionalanästhesien (Spinal-/ Periduralanästhesie), periphere Nervenblockaden und Plexusanästhesien einschließlich der Kathetertechnik unter sonografischer Unterstützung ein.

Nach der Operation überwachen wir alle anästhesierten Patienten im zentralen Aufwachraum des Diakonie-Klinikums.

Bereits im Aufwachraum beginnt die postoperative Schmerztherapie über rückenmarksnahe Katheter oder periphere Katheter sowie die intravenöse patienten-kontrollierte Analgesie (PCA). Nach Verlegung der Patienten auf die Pflegestationen führt der Akut-Schmerz-Dienst der Klinik die Schmerztherapie (bis zu mehreren Tagen) fort.

### **Operative Intensivmedizin / Intensivüberwachung**

Alle operierten Patienten, die eine intensivmedizinische Therapie oder intensivmedizinische Überwachung benötigen, werden von uns postoperativ betreut.

Eine zweite große Gruppe umfasst Patienten mit Polytraumen (Verletzung mehrerer Körperregionen oder Organsysteme), Schädel-Hirn-Traumen und Thoraxtraumen (Verletzung des Brustkorbs und darin liegender Organe) sowie Patienten, die nach der Operation Komplikationen (wie z.B. eine Sepsis) entwickelt haben.

Wir therapieren und überwachen die Patienten auf der interdisziplinären Intensiv-/ Intermediate-Care-Station. Sie wird mit einer Kapazität von 29 Betten von der Klinik für Anästhesiologie und operativen Intensivstation und der Klinik für Innere Medizin betrieben.

Alle Bettenplätze der Intensivpflegeeinheit sind so ausgestattet, dass wir das gesamte Spektrum aller Therapieverfahren anwenden können. Hierzu zählen neben verschiedenen Formen der nicht-invasiven und invasiven Beatmung alle gängigen Monitoringverfahren sowie die apparative Nierenersatztherapie (Haemofiltration / Dialyse).

### **Notfallmedizin**

Die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin organisiert den Notarztdienst am Notarztstandort Schwäbisch Hall (Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall). Wir stellen gemeinsam mit dem Zentrum für Innere Medizin und den Chirurgischen Kliniken die Notärzte. Im Verlauf eines Jahres werden ca. 1.500 Notarzteinsätze durchgeführt.

### **Regionales Schmerzzentrum Schwäbisch Hall - Hohenlohe Schmerzambulanz**

Seit mehr als 15 Jahren ist die Therapie akuter und chronischer Schmerzzustände ein Schwerpunkt unserer klinischen Arbeit. Der Akutschmerzdienst versorgt die Patienten postoperativ oder nach schweren Traumata auf den Stationen der Klinik. Pro Jahr werden ca. 300 Patienten mit chronischen Schmerzzuständen in der Schmerzambulanz behandelt.

Das Diakonie-Klinikum ist gemeinsam mit dem Hohenloher Krankenhaus Träger des Regionalen Schmerzzentrums Schwäbisch Hall-Hohenlohe.

Die Schmerztherapie der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin leitet seit 14 Jahren gemeinsam mit der Schmerzambulanz des Hohenloher Krankenhaus die monatlich zusammentretende interdisziplinäre Schmerzkonferenz Schwäbisch Hall-Hohenlohe.

Mit der Praxis für Anästhesie und ambulante Schmerztherapie von Dr. Wolfgang Bauer, die sich im

Haus befindet, besteht eine enge Zusammenarbeit.

### **Ausbildung Studierender**

Anästhesie/ Intensivmedizin ist Wahlfach im Praktischen Jahr am Akademischen Lehrkrankenhaus Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall. Die Studenten erlernen im Zentral-OP die Grundlagen der Narkoseführung. Auf der Intensivstation werden sie in die Behandlung akuter Notfälle und in die Therapie beeinträchtigter Vitalfunktionen eingewiesen.

Zweiwöchentlich erfolgt ein theoretischer Unterricht über Anästhesie, Intensiv-, Notfall- und Schmerzbehandlung.

### **Weiterbildung / Fortbildung**

Die ärztliche Weiterbildung und Fortbildung erfolgt in der wöchentlich stattfindenden abteilungsinternen Fortbildungsveranstaltung mit aktuellen Themen aus Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie.

Die ärztliche Weiterbildung erfolgt nach einem Curriculum entsprechend den Vorschlägen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI).

Darüber hinaus erfolgt eine großzügige Unterstützung der externen Weiterbildung.

Die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin leitet gemeinsam mit dem Bildungszentrum des Diakonie-Klinikums die staatlich anerkannte Weiterbildungsstätte "Fachkrankenpflege Anästhesie und Intensivmedizin" im Verbund mit dem Klinikum Crailsheim, dem Hohenloher Krankenhaus sowie dem Fachkrankenhaus Neresheim, der Thoraxklinik Löwenstein und den Kliniken Ansbach und Rothenburg o. d. Tauber. Die ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Anästhesie leisten 70 % der Unterrichtseinheiten im Weiterbildungskurs "Fachkrankenpflege Anästhesie und Intensivmedizin".

## **B-[20].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3600) Intensivmedizin
2	(3753) Schmerztherapie

## **B-[20].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin**

<b>Name/Funktion:</b>	Prof. Dr. Thorsten Steinfeldt, Chefarzt
<b>Telefon:</b>	0791 753 4342
<b>Fax:</b>	0791 753 4909
<b>E-Mail:</b>	thorsten.steinfeldt@dasdiak.de

## B-[20].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Ja

Erläuterungen:

Zielvereinbarungen beziehen sich auf die Ertragslage des Klinikums und bestimmte Qualitätsmerkmale.

## B-[20].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Anästhesie
2	Intensivmedizin
3	Notfallmedizin
4	Schmerztherapie

## B-[20].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

Die Abteilung führt keine Betten. Die Fälle mit den zugehörigen Diagnosen sind bei den bettenführenden Abteilungen angegeben.

## B-[20].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Die Abteilung führt keine Betten. Die Fälle mit den zugehörigen Diagnosen sind bei den bettenführenden Abteilungen angegeben.

## B-[20].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-[20].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	808
2	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	601
3	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	581
4	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	424
5	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	162
6	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	76
7	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	68
8	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	63
9	8-855	Blutreinigung außerhalb des Körpers durch ein Kombinationsverfahren von Blutentgiftung und Blutwäsche	45
10	8-853	Verfahren zur Blutentgiftung außerhalb des Körpers mit Herauspressen von Giftstoffen - Hämofiltration	21

### B-[20].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Ambulante Anästhesien
	VX00 - ambulante Anästhesien für Fachbereich: Gynäkologie, Urologie, Unfallchirurgie, Plastische Chirurgie
2	Schmerztherapie

### B-[20].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#### B-[20].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

Die Klinik für Anästhesiologie organisiert das ambulante OP-Zentrum und führt sämtliche Narkosen bei ambulant zu operierenden Patienten aus.

## B-[20].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[20].11 Personelle Ausstattung

### B-[20].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	29,03	26,03	3	2,78	26,25	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	16,53	13,53	3	2,4	14,13	0,0

### B-[20].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[20].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

### B-[20].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

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

#### B-[20].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

#### B-[20].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikationen	
1	Entlassungsmanagement
2	Kinästhetik
3	Qualitätsmanagement
4	Stomamanagement
5	Basale Stimulation
6	Diabetes Stationsübergreifend organisiert
7	Wundmanagement

## B-[21] Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie

### B-[21].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Abteilungsart:</b>	Nicht-Bettenführend
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak-klinikum.de">http://www.dasdiak-klinikum.de</a>



**Kernspintomographie (neues Gerät 2015), 64-Zeilen-CT, Angiographie (neues Gerät 2017), Mammographiegerät und das Ende 2013 erneuerte PACS ermöglichen schnelle und umfassende Röntgendiagnostik für alle wichtigen Krankheitsbilder.**

Das Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie führt die Röntgendiagnostik einschließlich Computertomographie und Magnetresonanztomographie für das Diakonie-Klinikum durch.

Der Chefarzt ist persönlich ermächtigt zur ambulanten Durchführung von Gefäßuntersuchungen (Angiographie, Phlebographie), mammografischen Leistungen, einschließlich der MRT-Untersuchung der weiblichen Brust sowie zu ambulanten MRT-Untersuchungen aufgrund von Überweisungen anderer ermächtigter Ärzte des Diak. Eine enge Zusammenarbeit bzw. Kooperationen bestehen mit den im Hause niedergelassenen Radiologen (Hans-Joachim Fritz - konventionelle Radiologie, CT und Dr. med. Bernhard Müssig - MRT).

Das Institut ist Mitglied des Brustzentrums Hohenlohe, für das wir die radiologischen Leistungen wie Mammographien, stereotaktische Markierungen und Vakuumbiopsien in Kooperation mit dem am Haus niedergelassenen Radiologen erbringen. Darüber hinaus besteht eine aktive Teilnahme an den wöchentlichen Brustkonferenzen.

Patientinnen mit symptomatischen Uterusmyomen können alternativ zur Operation durch eine Embolisation behandelt werden.

Eine intensive Zusammenarbeit besteht im doppelt zertifizierten Gefäßzentrum, für das wir die erforderlichen radiologischen Untersuchungen (Angiographie, Phlebographie) durchführen und das gesamte Spektrum der Gefäßinterventionen (Ballondilatationen, Stentimplantationen und Aortenprothesen) anbieten.

Einen Schwerpunkt bildet die interventionelle Radiologie, die neben den Eingriffen am Gefäßsystem auch Interventionen bei onkologischen Erkrankungen (z.B. Chemoembolisation) und zur Schmerztherapie umfasst (z. B. Facettenblockaden und periradikuläre Therapie). Darüber hinaus werden auch CT-gesteuerte Verfahren (Radiofrequenzablation, Mikrowelle) zur Behandlung

von Leber- und Nierentumoren durchgeführt. Der Chefarzt ist zertifizierter Ausbilder für das gesamte Spektrum interventioneller und endovaskulärer Eingriffe.

Ein weiteres großes Gebiet betrifft die Erbringung von diagnostischen Leistungen im Rahmen der Stroke Unit (Schlaganfall-Akutstation). Hier müssen rund um die Uhr z.B. Computertomographien des Schädels angefertigt und befundet werden. Eine intensive Zusammenarbeit besteht auch diagnostisch mit dem onkologischen Schwerpunkt des Diakonie-Klinikums.

Die Abteilung ist modern ausgerüstet mit einem 1,5 Tesla Magnetresonanztomographen (neues Gerät 2015) und zwei Computertomographen (16- und 64-Zeilen). Dies ermöglicht eine schnelle Untersuchung von Mehrfachverletzten (Polytrauma) sowie die komplette kardiovaskuläre Diagnostik inkl. der CT-Koronarangiographie und Kardio-MRT. Der Chefarzt ist zertifizierter Ausbilder für Kardio-CT und Kardio-MRT-Untersuchungen.

Für die endovaskulären Eingriffe steht neben einer konventionellen Angiographie eine moderne Flachdetektoranlage zur Verfügung, die gemeinsam mit der Kardiologie genutzt wird. Bei der Mammographie besteht die Möglichkeit der Stereotaxie und präoperativen Markierung. Die gesamte Abteilung einschließlich des konventionellen Röntgens ist voll digitalisiert.

Sämtliche Aufnahmen werden in einem elektronischen Röntgenbildarchiv (PACS) gespeichert und stehen den behandelnden Ärzten an ihren EDV-Arbeitsplätzen zur Verfügung.

Das Leistungsangebot umfasst alle modernen radiologischen, diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Durch die enge Verzahnung mit den beiden niedergelassenen Kollegen bietet das Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie ein weitgefächertes Leistungsangebot, das es im Landkreis Schwäbisch Hall und im angrenzenden Hohenlohekreis weder ambulant noch stationär ein zweites Mal gibt.

### B-[21].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(3751) Radiologie

### B-[21].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

<b>Name/Funktion:</b>	Prof. Dr. med. Martin Libicher, Chefarzt
<b>Telefon:</b>	0791 753 4801
<b>Fax:</b>	0791 753 4907
<b>E-Mail:</b>	martin.libicher@dasdiak.de

## B-[21].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Vereinbarung geschlossen

## B-[21].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Konventionelle Röntgenaufnahmen
2	Interventionelle Radiologie
3	Kinderradiologie
4	Tumorembolisation
5	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
6	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
7	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
8	Computertomographie (CT), nativ
9	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
10	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
11	Arteriographie
12	Phlebographie
13	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
14	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
15	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
16	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
17	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
18	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
19	Quantitative Bestimmung von Parametern
20	Intraoperative Anwendung der Verfahren
21	Native Sonographie
22	Duplexsonographie

## B-[21].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

Die Abteilung führt keine Betten. Die Fälle mit den zugehörigen Diagnosen sind bei den bettenführenden Abteilungen angegeben.

## B-[21].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Die Abteilung führt keine Betten. Die Fälle mit den zugehörigen Diagnosen sind bei den bettenführenden Abteilungen angegeben.

## B-[21].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-[21].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	2940
2	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	1804
3	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	1597
4	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	1264
5	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	801
6	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	710
7	3-994	Computergestützte Darstellung von Körperstrukturen in Dreidimensionalität - Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	617
8	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	608
9	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	585
10	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	436
11	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	396
12	3-605	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel	377
13	3-228	Computertomographie (CT) der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen mit Kontrastmittel	331
14	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	323
15	3-13d	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel	321
16	8-840	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzungsfähigen Röhren (Stents) in Blutgefäße	273
17	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	249
18	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	210

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
19	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	203
20	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	200

## B-[21].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Radiologische Ambulanz
	VR00 - diagnostische Radiologie
	VR00 - Dialyseshunt (Angiographie, PTA)
	VR15 - Arteriographie
	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
	VR16 - Phlebographie
	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
2	Radiologische Privatambulanz
3	Radiologische Notfallambulanz

## B-[21].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Im Rahmen der Sprechstunden bieten wir weitere Untersuchungen und Interventionen an.

### B-[21].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[21].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[21].11 Personelle Ausstattung

## B-[21].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	7,41	7,41	0	0,98	6,43	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,75	4,75	0	0,84	3,91	0,0

### B-[21].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	
1	<p>Radiologie</p> <p>Der Chefarzt ist durch die Deutsche Röntgengesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie für alle interventionellen Eingriffe als Ausbilder zertifiziert. Weitere Mitarbeiter haben das Zertifikat der DeGIR für interventionelle Radiologie</p>
2	Radiologie, SP Kinderradiologie

## B-[22] Therapiezentrum am DIAK (Physiotherapie-Ergotherapie-Logopädie)

### B-[22].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Abteilungsart:</b>	Nicht-Bettenführend
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Therapiezentrum am DIAK (Physiotherapie-Ergotherapie-Logopädie)
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	13
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.therapiezentrum-am-diak.de">http://www.therapiezentrum-am-diak.de</a>

Im Therapiezentrum am Diak arbeiten Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten interdisziplinär zusammen.

Wir Therapeutinnen und Therapeuten behandeln Menschen jeden Alters stationär während des Aufenthaltes im Diakonie-Klinikum sowie ambulant

- auf Rezept (Heilmittelverordnung)
- im Rahmen des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ)
- als Selbstzahler.

Ziel der **Ergotherapie** ist es, Menschen, die in ihren alltäglichen Fähigkeiten eingeschränkt oder von Einschränkungen bedroht sind, dabei zu unterstützen, für sie wichtige Aktivitäten in ihrem gewohnten Lebensumfeld durchführen zu können. Wir behandeln Menschen mit Erkrankungen aus den Bereichen der Orthopädie, Traumatologie und Rheumatologie, mit neurologischen Erkrankungen und Kinder vom Säuglings- bis ins Jugendalter.

Wir bieten u.a.

- Ergotherapeutische Behandlungen bei motorisch-funktionellen Störungen. z.B. bei Handverletzungen und Lähmungen
- Ergotherapeutische Behandlungen bei sensomotorisch-perzeptiven Störungen z.B. bei Schlaganfall und Entwicklungsverzögerungen
- PC-gestütztes Hirnleistungstraining, z.B. nach Schädel-Hirn-Trauma
- Ergotherapeutische Behandlungen bei psychisch-funktionellen Störungen z.B. bei ADHS, ASS; auch in der Gruppe
- Beratung zur Integration ins häusliche Umfeld, z.B. nach Krankenhausaufenthalt
- SI-Therapie
- Behandlungen nach dem Bobath-Konzept
- Behandlungen nach dem Castillo-Morales-Konzept
- Facio-Orale Therapie
- Perfetti-Behandlung
- Spiraldynamik
- Elternberatung u.a. nach dem Triple-P-Konzept

Ziel der **Logopädie** ist die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit unserer Patienten im Alltag. Dabei orientieren sich unsere Logopädinnen an den individuellen Problemen, Bedürfnissen und Zielen des Patienten. Das Aufgabengebiet umfasst die Untersuchung und Behandlung von

Menschen jeden Alters mit Sprach-, Sprech-, Stimm-, und Schluckstörungen, die organisch oder funktionell verursacht sind. Bei Kindern behandeln wir Verzögerungen in der Sprachentwicklung, um eine altersgerechte Entwicklung zu erreichen.

Sprachstörungen = Spracherwerbsstörungen im Kindesalter, Verlust der Sprache nach Schlaganfall

Sprechstörungen = Artikulationsstörungen, Dysarthrie z.B. bei M. Parkinson, Sprechapraxie nach Schlaganfall, Redeflussstörungen im Kindes- und Erwachsenenalter (Stottern, Poltern)

Stimmstörungen = funktionell und organisch bedingte Stimmstörungen, Stimmverlust nach Kehlkopfoperationen, offenes oder geschlossenes Näseln

Schluckstörungen = Muskelfunktionsstörungen im Kindesalter, Dysphagie z.B. nach Schlaganfall.

Die **Physiotherapie** korrigiert durch gezieltes Einwirken auf Gewebe, Sehnen, Muskeln und Gelenke, also auf den gesamten Stütz- und Bewegungsapparat Beeinträchtigungen, die aufgrund von Verletzungen oder Fehlstellungen entstanden sind. Wir möchten unseren Patienten damit zu größtmöglicher individueller Bewegungs- und Schmerzfreiheit verhelfen. Ziel ist, die Sensomotorik (das Zusammenspiel von Wahrnehmung, Reizweiterleitung und Bewegung) zu verbessern, Schmerzen zu lindern, die Muskelspannung zu regulieren, die Beweglichkeit zu verbessern, Muskelkraft und Ausdauer zu steigern, Koordination und Gleichgewicht zu verbessern, die Atmung zu regulieren, Kompensationsmöglichkeiten bei Behinderungen zu erarbeiten.

### **Physiotherapie**

- Krankengymnastische Behandlungen
- Atemtherapie z.B. bei Mucoviszidose
- Krankengymnastik am Schlingentisch
- Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage Bobath
- Behandlung für Kinder auf neurophysiologischer Grundlage Bobath/Vojta
- Entwicklungsdiagnostik Kinder
- 3dimensionale Fußtherapie für Säuglinge und Kinder
- Dorn-Breuss-Therapie
- Krankengymnastik mit Gerät und Gerätetraining
- Manuelle Therapie
- Traktionsbehandlung
- Eisanwendungen
- Beckenbodentraining
- PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation)

### **Massagen**

- Massagen, z.B. Bindegewebs-, Fußreflex-Breuss- und Manipulativmassagen
- Manuelle Lymphdrainage
- Kompressionsbandage
- Elektrotherapie, z. B. Ultraschall, Kurzweile
- Heiße Rolle
- Fango- und Naturmoorpackungen
- Heublumenpackungen

### B-[22].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(3754) Heiltherapeutische Abteilung

### B-[22].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

<b>Name/Funktion:</b>	Elisabeth Lay, Abteilungsleitung
<b>Telefon:</b>	0791 753 9500
<b>Fax:</b>	0791 753 9549
<b>E-Mail:</b>	info@therapiezentrum-am-diak.de

### B-[22].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Physiotherapie
2	Ergotherapie
3	Logotherapie

### B-[22].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Therapiezentrum am Diak: ambulante Therapie
	VX00 - Ambulante Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

## B-[23] Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin

### B-[23].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Abteilungsart:</b>	Nicht-Bettenführend
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak-klinikum.de">http://www.dasdiak-klinikum.de</a>



**Aufgrund der hohen Leistungsfähigkeit unseres Instituts haben wir - z. B. in der Mikrobiologie und mit der eigenen Blutbank - eine wichtige Querschnittsfunktion für das gesamte Klinikum.**

#### **Das Institut**

Das Institut für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin versorgt das Diakonie-Klinikum sowie weitere Krankenhäuser des Umlandes mit einem breiten Spektrum an Laborleistungen auf den Gebieten Klinische Chemie, Hämatologie, Gerinnung, Immunologie, Serologie, Immunhämatologie, Mikrobiologie und Molekularbiologie. Die Anzahl der jährlich durchgeführten Analysen beläuft sich auf insgesamt etwa 2,8 Millionen.

#### **Eigene Blutbank**

Der Bedarf an Blutplasma und Thrombozyten-Konzentraten (Blutplättchen) kann dank der zum Institut gehörenden Blutbank vollständig, der an Erythrozyten-Konzentraten (roten Blutkörperchen) zu über 50% aus eigenen Blutspenden gedeckt werden. Durch die zur Einrichtung gehörende Blutspendeabteilung verfügt das Institut über einen ausgesuchten Spenderstamm für die Versorgung von Neugeborenen und Frühgeborenen oder Patienten unter Chemotherapie mit speziellen Blutprodukten.

#### **Ambulante Versorgung**

Zahlreiche haus- und fachärztliche Praxen in Schwäbisch Hall und Umgebung nehmen im Rahmen der ambulanten Versorgung die Leistungen im Bereich der Labormedizin und der medizinischen Mikrobiologie in Anspruch.

Jährlich werden ca. 1.200 ambulante Transfusionen bei Patienten durchgeführt, die aufgrund einer bösartigen Erkrankung (eines Tumors oder einer Bluterkrankung) bzw. aufgrund der im Rahmen dieser Erkrankung notwendigen Chemotherapie unzureichend Blut bilden. Diese aus Schwäbisch Hall und den Nachbarkreisen kommenden Patienten versorgen wir mit den nötigen Erythrozyten- und Thrombozyten-Konzentraten.

### Hygiene

Der ärztliche Leiter des Instituts bekleidet auch die Funktion des Krankenhaushygienikers und ist erster Ansprechpartner für die Hygienebeauftragten Ärzte aller Fachabteilungen des Krankenhauses und Fachvorgesetzter der Hygienefachkräfte. Er ist Vorsitzender der Hygienekommission.

### Qualitätsmanagement und Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die kontinuierliche Weiterbildung des Personals ist, nicht zuletzt als Teil der durchgeführten Zertifizierung nach DIN ISO 9001, ein fester Bestandteil der Qualitätspolitik. Im November 2016 wurde das Institut zum vierten Mal komplett rezertifiziert.

Außerdem nimmt das Institut an Ringversuchen auf Grundlage der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiliBÄK) teil.

Die kontinuierliche Fortbildung des ärztlichen Personals auf nationalen und internationalen Kongressen wie auch des nicht-ärztlichen Personals auf themenorientierten Fortbildungen ist daher selbstverständlich. Neue Erkenntnisse werden im täglichen Konsildienst, im Rahmen der klinikumsinternen und externen Transfusions- und Hygienekommissionen und bei laborinternen Fortbildungen weitervermittelt.

Studierende der Universität Heidelberg werden in Vorlesungen und Praktika in Heidelberg und im Rahmen des Praktischen Jahres im hiesigen Institut im Fach Laboratoriumsmedizin und Immunologie unterrichtet.

## B-[23].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(3790) Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(II)

### B-[23].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

<b>Name/Funktion:</b>	Dr. med. Jürgen Völker, Leitender Arzt
<b>Telefon:</b>	0791 753 4701
<b>Fax:</b>	0791 753 4128
<b>E-Mail:</b>	labor@dasdiak.de

### B-[23].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

### B-[23].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Laboratoriumsmedizin
2	Mikrobiologie
3	Transfusionsmedizin
4	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten Diagnostik und Therapieempfehlungen
5	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen Diagnostik und Therapieempfehlungen

### B-[23].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Vollstationäre Fallzahl:</b>	0
<b>Teilstationäre Fallzahl:</b>	0

Die Abteilung führt keine Betten. Die Fälle mit den zugehörigen Diagnosen sind bei den bettenführenden Abteilungen angegeben.

### B-[23].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Die Abteilung führt keine Betten. Die Fälle mit den zugehörigen Diagnosen sind bei den bettenführenden Abteilungen angegeben.

### B-[23].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Die Abteilung führt keine Betten. Die Fälle mit den zugehörigen Prozedurencodes sind bei den bettenführenden Abteilungen angegeben.

### B-[23].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Labor Ambulanz
	VX00 - Laboratoriumsmedizin
	VI42 - Transfusionsmedizin
2	Labor Privatambulanz
	VX00 - Laboratoriumsmedizin
	VI42 - Transfusionsmedizin
3	Labor Notfallambulanz
	VX00 - Laboratoriumsmedizin
4	Blutspendedienst

### B-[23].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#### B-[23].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

entfällt- nicht relevant

### B-[23].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[23].11 Personelle Ausstattung

### B-[23].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	3,5	2,5	1	1,32	2,18	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,5	2,5	1	1,32	2,18	0,0

#### B-[23].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
1	Laboratoriumsmedizin
2	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
3	Transfusionsmedizin

Der Leitende Arzt Herr Dr. Völker verfügt über die volle Weiterbildungsbefugnis für Laboratoriumsmedizin (48 Monate), der Oberarzt Herr Dr. Rüppel über die volle Weiterbildungsbefugnis für Transfusionsmedizin (36 Monate).

## B-[24] Apotheke/ Pharmakologie

### B-[24].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Abteilungsart:</b>	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Apotheke/ Pharmakologie
<b>Straße:</b>	Diakoniestraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	74523
<b>Ort:</b>	Schwäbisch Hall
<b>URL:</b>	<a href="http://www.dasdiak-klinikum.de">http://www.dasdiak-klinikum.de</a>



**Wir möchten, dass die Ärzte, Pflegekräfte und Patienten von dem umfangreichen Arzneimittelwissen profitieren, das in der Apotheke vorhanden ist.**

Die Apotheke des Diakonie-Klinikums hält einen permanenten Vorrat aller 1.800 Präparate, die regelmäßig im Klinikum eingesetzt werden. Der enge Austausch mit Klinikärzten, Pflegepersonal, Patient und Hausarzt stellt eine individuell angepasste Arzneimitteltherapie sicher - auch über den Klinikaufenthalt hinaus. Medikationsirrtümer sollen vermieden und die Therapieergebnisse verbessert werden. Große Bedeutung hat dabei die Arzneimittelanamnese, also die "Medikamenten-Vergangenheit" des Patienten.

Die klinikinterne Arzneimittelkommission entscheidet über Erweiterungen und Einschränkungen der ständig verfügbaren Präparate, beispielsweise zur Einführung von neu auf den Markt gebrachten Arzneimitteln. Auch homöopathische oder Naturheilmittel, die zunehmend von den Patienten nachgefragt und in der Klinik eingesetzt werden, sind im Sortiment.

Beim Arzneimitteleinkauf versucht die Apotheke durch eine Vielzahl von Maßnahmen die Bezugskonditionen von Arzneimitteln zu verbessern, wobei neben der Arzneimittelqualität auch die Liefersicherheit eine wichtige Rolle spielt.

Ein Teil der in der Klinik benötigten Medikamente stellen wir in der Klinikapotheke selbst her, z. B. verschiedene Einzeldosierungen für Kinder, Infusionsbeutel zur Schmerztherapie, Gels und Salben oder Suspensionen. Die Herstellung steriler Arzneiformen und von Zytostatika (Chemotherapeutika), von denen wir jährlich etwa 12.000 Zubereitungen produzieren, bildet einen Schwerpunkt unserer Tätigkeit.

Seit 2007 versorgt die Apotheke des Diakonie-Klinikums auch das Landkreis-Klinikum Crailsheim.

### **B-[24].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin**

<b>Name/Funktion:</b>	Apotheker Martin Scheerer, Leitung
<b>Telefon:</b>	0791 753 4720
<b>Fax:</b>	0791 753 4902
<b>E-Mail:</b>	martin.scheerer@dasdiak.de

## C Qualitätssicherung

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

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

##### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
1	Herzschrittmacherversor Herzschrittmacher- Implantation (09/1)	106	100
2	Herzschrittmacherversor Aggregatwechsel (09/2)	19	100
3	Herzschrittmacherversor Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	12	100
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	47	100
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	12	100
6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation (09/6)	14	100
7	Karotis- Revaskularisation (10/2)	70	100
8	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	252	100
9	Geburtshilfe (16/1)	1327	99,6
10	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	80	100
11	Mammachirurgie (18/1)	200	100
12	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	396	100,2

	Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
13	Hüftendoprothesenverso (HEP)	212	100
14	Hüftendoprothesenverso Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	170	100
15	Hüftendoprothesenverso Hüft- Endoprothesenwechsel und - komponentenwechsel (HEP_WE)	46	97,8
16	Knieendoprothesenversc (KEP)	145	100
17	Knieendoprothesenversc : Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	105	100
18	Knieendoprothesenversc : Knieendoprothesenwech und -komponentenwechsel (KEP_WE)	40	100
19	Neonatologie (NEO)	295	100,3
20	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	369	99,2

## C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

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

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

1	
<b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b>	
Kennzahl-ID	1103
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	0,8
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,74 % - 0,87 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
2	
<b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
Kennzahl-ID	51191
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>Bundesergebnis</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>1,07</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,01 % - 1,13 %</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p><b>3 Dauer der Operation</b></p>	
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>52128</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	63,21 %
Vertrauensbereich	53,72 % - 71,78 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	86,95
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	86,71 % - 87,18 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	67
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	106
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>4</b>	<b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52305</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	96,64 %
Vertrauensbereich	94,34 % - 98,03 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	95,5
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,42 % - 95,57 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	374
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	387
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>5</b>	<b>Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52311</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	1,32
	Referenzbereich (bundesweit)	= 3,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,24 % - 1,4 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

6		Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem	
Kennzahl-ID	54140		
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers		
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein		
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.</p>		
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>			
Ergebnis (Einheit)	100 %		
Vertrauensbereich	96,11 % - 100 %		
<b>Bundesergebnis</b>			
Bundesdurchschnitt	96,9		
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)		
Vertrauensbereich	96,77 % - 97,03 %		
<b>Fallzahl</b>			
Beobachtete Ereignisse	95		
Erwartete Ereignisse	-		
Grundgesamtheit	95		
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>			
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich		
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert		
7		Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte	
Kennzahl-ID	54143		
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers		
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein		

Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 3,89 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	0,84
Referenzbereich (bundesweit)	= 10,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,77 % - 0,91 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	95
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
<b>8 Dauer der Operation bis 45 Minuten</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>210</b>
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	94,74 %
Vertrauensbereich	75,36 % - 99,06 %

<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	94,62
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	94,28 % - 94,93 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	18
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	19
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>9</b>	<b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>1096</b>
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 16,82 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	0,12
	Referenzbereich (bundesweit)	= 1,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,08 % - 0,19 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	19
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

10	<b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51398</b>
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 16,82 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	0,19
	Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,14 % - 0,27 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	19
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
11	<b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52307</b>
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>	
<p><b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b></p>		
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>97,92 %</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>92,72 % - 99,43 %</p>	
<p><b>Bundesergebnis</b></p>		
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>97,03</p>	
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>&gt;= 95,00 % (Toleranzbereich)</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>96,91 % - 97,15 %</p>	
<p><b>Fallzahl</b></p>		
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>94</p>	
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>96</p>	
<p><b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b></p>		
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>	
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>	
<p>12</p>	<p><b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b></p>	
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>1089</b></p>	
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers</p>	
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>	

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>	
<p><b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b></p>		
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>0 %</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 24,25 %</p>	
<p><b>Bundesergebnis</b></p>		
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>0,72</p>	
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>= 2,00 % (Toleranzbereich)</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,58 % - 0,89 %</p>	
<p><b>Fallzahl</b></p>		
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>	
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>12</p>	
<p><b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b></p>		
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>	
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>	
<p>13</p>	<p><b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b></p>	
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>51404</b></p>	
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers</p>	
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>	

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>0</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 42,61 %</p>
<p><b>Bundesergebnis</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>1,31</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>= 9,00 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,14 % - 1,52 %</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,07</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>12</p>
<p><b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p><b>14 Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden</b></p>	
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>52315</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 32,44 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	0,98
Referenzbereich (bundesweit)	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,78 % - 1,22 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	8
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
<b>15</b>	<b>Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50004</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	93,62 %
Vertrauensbereich	82,84 % - 97,81 %

<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	94,42
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	94,15 % - 94,68 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	44
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	47
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>16</b>	<b>Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50005</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	97,87 %
	Vertrauensbereich	88,89 % - 99,62 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	95,68
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,44 % - 95,91 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	46
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	47
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

17	<b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50017</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 7,56 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	0,63
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,55 % - 0,73 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	47
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
18	<b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51186</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 9,5 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	1,05
Referenzbereich (bundesweit)	= 5,80 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,22 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,37
Grundgesamtheit	47
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>19 Dauer der Operation</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52129</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	61,7 %
Vertrauensbereich	47,43 % - 74,21 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	88,49
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	88,11 % - 88,86 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	29
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	47
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>20</b>	<b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52316</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	97,32 %
Vertrauensbereich	93,3 % - 98,95 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	95,64
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,51 % - 95,77 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	145
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	149
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>21</b>	<b>Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52325</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 7,56 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	0,71
	Referenzbereich (bundesweit)	= 3,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,62 % - 0,82 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	47
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

22	<b>Dauer der Operation bis 60 Minuten</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50025</b>
	Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	75 %
	Vertrauensbereich	46,77 % - 91,11 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	93,62
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	93,15 % - 94,06 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	9
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	12
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
23	<b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50030</b>
	Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 24,25 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	0,18
Referenzbereich (bundesweit)	= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,12 % - 0,28 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	12
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>24</b>	<b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50031</b>
	Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 24,25 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	0,21
	Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,14 % - 0,31 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	12
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

25	<b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52321</b>
	Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> . 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.
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	95,91 % - 100 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	98,24
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	98,13 % - 98,34 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	90
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	90
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

26	<b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50041</b>
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 21,53 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	0,96
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,78 % - 1,18 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	14
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
27	<b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51196</b>
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>0</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 16,55 %</p>
<p><b>Bundesergebnis</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>0,99</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>= 2,83 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,85 % - 1,15 %</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,18</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>14</p>
<p><b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p><b>28 Ein Problem, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht, als angebrachter Grund für eine erneute Operation</b></p>	
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>52001</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>	
<p><b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b></p>		
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>	
<p><b>Bundesergebnis</b></p>		
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>3,43</p>	
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>= 6,00 % (Toleranzbereich)</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>3,26 % - 3,62 %</p>	
<p><b>Fallzahl</b></p>		
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>	
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>	
<p><b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b></p>		
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>	
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>	
<p>29</p>	<p><b>Infektion als angebrachter Grund für eine erneute Operation</b></p>	
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>52002</b></p>	
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</p>	
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Ja</p>	

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .	
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
<b>Bundesergebnis</b>		
Bundesdurchschnitt	0,58	
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,52 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	0,51 % - 0,66 %	
<b>Fallzahl</b>		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>		
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>U32</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
30	<b>Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52324</b>	
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.	

<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 24,25 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	0,61
Referenzbereich (bundesweit)	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,45 % - 0,82 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	12
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>31</b>	<b>Technische Probleme mit dem Herzschrittmacher als angebrachter Grund für eine erneute Operation</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52328</b>
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	3,43
	Referenzbereich (bundesweit)	= 8,58 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	3,25 % - 3,61 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

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

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

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>603</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	91,8 % - 100 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	98,9
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,72 % - 99,06 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	43
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	43
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

**33 Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>604</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	84,54 % - 100 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	99,69
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,56 % - 99,79 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	21
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>34</b>	<b>Schlaganfall oder Tod während der Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>11704</b>
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	1,05
	Referenzbereich (bundesweit)	= 3,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,97 % - 1,14 %

<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>35</b>	<b>Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>11724</b>
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle bei denen -Gehen nur mit Hilfe möglich ist und / oder eine komplette Aphasie vorliegt, -die Patientin/der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder -der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	1,1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 4,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,22 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
<b>36</b>	<b>Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51437</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	97,63
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,03 % - 98,11 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Kommentar / Erläuterung</b>	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
<b>37</b>	<b>Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51443</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	99,41
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,95 % - 99,67 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Kommentar / Erläuterung</b>	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

<b>38</b>	<b>Schwerer Schlaganfall oder Tod nach dem Eingriff (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51865</b>
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin/des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle bei denen -Gehen nur mit Hilfe möglich ist und / oder eine komplette Aphasie vorliegt, -die Patientin/der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder -der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a></p>

<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	0,89
Referenzbereich (bundesweit)	= 4,24 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,77 % - 1,04 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Kommentar / Erläuterung</b>	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

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

<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	0,9
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,89 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,79 % - 1,01 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Kommentar / Erläuterung</b>	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
<b>40 Schlaganfall oder Tod nach Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit und gleichzeitiger Operation zur Überbrückung eines verengten Gefäßes</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52240</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	6,46
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	4,18 % - 9,87 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

41 Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>612</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	97,22 %
Vertrauensbereich	85,83 % - 99,51 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	91,03
Referenzbereich (bundesweit)	>= 79,11 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	90,72 % - 91,33 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	35
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	36
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
42 Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>10211</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	11,51
Referenzbereich (bundesweit)	= 20,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	11,03 % - 12,01 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>43</b>	<b>Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>12874</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	1,33
Referenzbereich (bundesweit)	= 5,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	1,22 % - 1,45 %

<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>44</b>	<b>Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie bei Patientinnen ohne bösartigen Tumor, gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut oder Voroperation im umliegenden Operationsgebiet</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51418</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 4,53 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	0,38
	Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,33 % - 0,43 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	81
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

45	<b>Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51906</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 5,58 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	0,94
	Referenzbereich (bundesweit)	= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,88 % - 1,01 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,67
	Grundgesamtheit	124
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
46	<b>Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund nach Gewebeuntersuchung</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51907</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	15,08
Referenzbereich (bundesweit)	= 28,46 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	14,54 % - 15,64 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>47 Blasenkatheter länger als 24 Stunden</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52283</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	4,1 %
Vertrauensbereich	1,76 % - 9,24 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	3,12
Referenzbereich (bundesweit)	= 6,85 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	3,02 % - 3,23 %

<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	122
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>48</b>	<b>Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52535</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	24,3
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	20,33 % - 28,77 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Kommentar / Erläuterung</b>	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
<b>49</b>	<b>Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>318</b>
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>		
Ergebnis (Einheit)	98,33 %	
Vertrauensbereich	91,14 % - 99,71 %	
<b>Bundesergebnis</b>		
Bundesdurchschnitt	96,06	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)	
Vertrauensbereich	95,82 % - 96,29 %	
<b>Fallzahl</b>		
Beobachtete Ereignisse	59	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	60	
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>		
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
<b>50 Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen)</b>		
Kennzahl-ID	321	
Leistungsbereich	Geburtshilfe	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
<b>Bundesergebnis</b>		
Bundesdurchschnitt	0,21	
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert	
Vertrauensbereich	0,2 % - 0,22 %	

<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>51</b>	<b>Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>330</b>
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	77,19 % - 100 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	96,26
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,82 % - 96,66 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	13
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
<b>52</b>	<b>Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>1058</b>
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 39,03 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	0,32
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,23 % - 0,45 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>53 Vorbeugende Gabe von Antibiotika während des Kaiserschnitts</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50045</b>
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	98,76 % - 100 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	98,72
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,67 % - 98,77 %

<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	305
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	305
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>54</b>	<b>Schwergradiger Damriss bei Spontangeburt - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51181</b>
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	0,56
	Vertrauensbereich	0,27 % - 1,14 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	0,99
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,09 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,96 % - 1,01 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	7
	Erwartete Ereignisse	12,57
	Grundgesamtheit	922
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
55	<b>Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51397</b>
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	1,01
	Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	0,96 % - 1,06 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
56	<b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51803</b>
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>	
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>		
Ergebnis (Einheit)	1,24	
Vertrauensbereich	0,69 % - 2,22 %	
<b>Bundesergebnis</b>		
Bundesdurchschnitt	0,97	
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	0,94 % - 0,99 %	
<b>Fallzahl</b>		
Beobachtete Ereignisse	11	
Erwartete Ereignisse	8,87	
Grundgesamtheit	4830	
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>		
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
57	<b>Übersäuerung des Blutes bei Frühgeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
Kennzahl-ID	51831	
Leistungsbereich	Geburtshilfe	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 9,67 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	1
Referenzbereich (bundesweit)	= 5,02 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,9 % - 1,12 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,38
Grundgesamtheit	90
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>58 Kaiserschnittgeburten - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
Kennzahl-ID	52249
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	0,76
Vertrauensbereich	0,69 % - 0,84 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich (bundesweit)	= 1,27 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,98 % - 0,99 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	300
Erwartete Ereignisse	393,16
Grundgesamtheit	1312
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>59</b>	<b>Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>
Kennzahl-ID	54030
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>27,5 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>18,92 % - 38,14 %</p>
<p><b>Bundesergebnis</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>19,66</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>= 15,00 % (Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>19,34 % - 19,98 %</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>22</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>80</p>
<p><b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p><b>Kommentar / Erläuterung</b></p>	
<p>Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses</p>	<p>Durch Verbesserung des präoperativen Managements könnte die Verweildauer bis zur Operation weiter verkürzt werden.</p>
<p><b>60 Vorbeugende Gabe von Antibiotika</b></p>	
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>54031</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Ja</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>

<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	98,75 %
Vertrauensbereich	93,25 % - 99,78 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	99,52
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,47 % - 99,58 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	79
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	80
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>61</b>	<b>Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54033</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	0,9
	Vertrauensbereich	0,52 % - 1,49 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,27 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1,02 %

<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	12,2
Grundgesamtheit	69
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>62</b>	<b>Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54036</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 5 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	0,83
	Referenzbereich (bundesweit)	= 4,30 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,76 % - 0,91 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,73
	Grundgesamtheit	80

<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>63</b>	<b>Infektion der Operationswunde - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54038</b>
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	0,92
Referenzbereich (bundesweit)	= 3,14 (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,83 % - 1,01 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

64	<b>Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der Hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bund</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54040</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 3,7 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	0,87
	Referenzbereich (bundesweit)	= 3,72 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,81 % - 0,95 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,99
	Grundgesamtheit	80
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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

66	<b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54046</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 1,19 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	0,98
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,00 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,94 % - 1,01 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	3,08
	Grundgesamtheit	80
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
67	<b>Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2163</b>
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 27,75 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	0,12
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,24 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	10
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>68</b>	<b>Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium und Behandlung unter Erhalt der Brust</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50719</b>
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	10,34
	Referenzbereich (bundesweit)	= 18,39 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	9,53 % - 11,21 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Kommentar / Erläuterung</b>	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Ergebnis nach interner Analyse als qualitativ unauffällig bewertet: begründetes Vorgehen in einem Einzelfall .

<b>69</b>	<b>Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51370</b>
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Da eine Brustkrebsoperation keinen Notfall darstellt, ist Betroffenen ausreichend Zeit einzuräumen, um sich über die Krankheit und das entsprechende Behandlungskonzept zu informieren und sich damit am Behandlungsprozess aktiv zu beteiligen. Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, kann dies auf Defizite bei der Information, Aufklärung und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen hindeuten. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	2,99 %
	Vertrauensbereich	1,17 % - 7,42 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	6,33
	Referenzbereich (bundesweit)	= 24,15 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	6,14 % - 6,53 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	134
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

<b>70</b>	<b>Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51846</b>
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	98,13 %
Vertrauensbereich	94,63 % - 99,36 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	96,34
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,21 % - 96,48 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	157
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	160
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>71</b>	<b>Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51847</b>
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	92,86 %
	Vertrauensbereich	84,34 % - 96,91 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	95,44
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,21 % - 95,66 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	65
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	70

<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
<b>72</b>	<b>Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52268</b>
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Dies wird in dem Indikator "Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden" berücksichtigt.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	9,03 %
Vertrauensbereich	5,35 % - 14,83 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	13,62
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	13,36 % - 13,89 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	144
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>73</b>	<b>Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52273</b>
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>	
<p><b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b></p>		
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>0,66</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,39 % - 1,08 %</p>	
<p><b>Bundesergebnis</b></p>		
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>0,99</p>	
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>Nicht definiert</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,98 % - 1,01 %</p>	
<p><b>Fallzahl</b></p>		
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>13</p>	
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>19,79</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>144</p>	
<p><b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b></p>		
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert</p>	
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>	
<p>74</p>	<p><b>Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Ultraschall kontrolliert)</b></p>	
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>52279</b></p>	
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Operation an der Brust</p>	
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>	
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>	

<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	98,67 %
Vertrauensbereich	92,83 % - 99,76 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	90,71
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	90,32 % - 91,08 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	74
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	75
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>75</b>	<b>Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Röntgenstrahlen kontrolliert)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52330</b>
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	80,64 % - 100 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	98,52
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,34 % - 98,68 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	16
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

76	<b>Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52009</b>
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	0,77
	Vertrauensbereich	0,6 % - 0,97 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	0,95
	Referenzbereich (bundesweit)	= 1,95 (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,94 % - 0,96 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	65
	Erwartete Ereignisse	84,96
	Grundgesamtheit	24178
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
77	<b>Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52010</b>
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>		
Ergebnis (Einheit)	0 %	
Vertrauensbereich	0 % - 0,02 %	
<b>Bundesergebnis</b>		
Bundesdurchschnitt	0,01	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event	
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %	
<b>Fallzahl</b>		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	24178	
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>		
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert	
<b>78</b>	<b>Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks</b>	
Kennzahl-ID	54001	
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>		
Ergebnis (Einheit)	94,74 %	
Vertrauensbereich	88,27 % - 97,73 %	

<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	96,54
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,45 % - 96,63 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	90
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	95
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>79</b>	<b>Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54002</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	95,56 %
	Vertrauensbereich	85,17 % - 98,77 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	93,02
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	92,71 % - 93,32 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	43
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	45
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

80		<b>Wartezeit im Krankenhaus vor der Hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>		<b>54003</b>	
Leistungsbereich		Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.	
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>			
Ergebnis (Einheit)		18,67 %	
Vertrauensbereich		11,46 % - 28,93 %	
<b>Bundesergebnis</b>			
Bundesdurchschnitt		17,46	
Referenzbereich (bundesweit)		= 15,00 % (Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich		17,15 % - 17,78 %	
<b>Fallzahl</b>			
Beobachtete Ereignisse		14	
Erwartete Ereignisse		-	
Grundgesamtheit		75	
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>			
Ergebnis im Berichtsjahr		<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar	
<b>Kommentar / Erläuterung</b>			
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses		Durch Verbesserung des präoperativen Managements könnte die Verweildauer bis zur Operation weiter verkürzt werden.	
81		<b>Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>		<b>54004</b>	
Leistungsbereich		Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	91,67 %
Vertrauensbereich	86,5 % - 94,97 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	92,87
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,75 % - 92,99 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	154
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	168
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>82</b>	<b>Vorbeugende Gabe von Antibiotika</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54005</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	98,24 % - 100 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	99,79
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,77 % - 99,81 %

<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	215
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	215
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>83</b>	<b>Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54010</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	98,95 %
	Vertrauensbereich	94,28 % - 99,81 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	97,98
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,91 % - 98,04 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	94
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	95
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>84</b>	<b>Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54012</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
<p><b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>1,2</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,77 % - 1,83 %</p>
<p><b>Bundesergebnis</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>0,91</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>= 2,15 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,89 % - 0,93 %</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>18</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>15,02</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>174</p>
<p><b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>85</p>	<p><b>Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>54013</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren wird für alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesenimplantation die jeweils erwartete Sterbewahrscheinlichkeit berechnet. Unter den verstorbenen Patientinnen und Patienten werden die 10 % mit der geringsten Sterbewahrscheinlichkeit ermittelt und als Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit" festgelegt. Dieser Indikator bezieht sich ausschließlich auf Todesfälle bei diesen Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
<p><b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>0 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 2,58 %</p>
<p><b>Bundesergebnis</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>0,2</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>Sentinel-Event</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,18 % - 0,22 %</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>145</p>
<p><b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>86</p>	<p><b>Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>54015</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	11,53
Referenzbereich (bundesweit)	= 25,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	11,27 % - 11,79 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
<b>87 Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54016</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 3,89 %

<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	1,77
Referenzbereich (bundesweit)	= 6,35 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,71 % - 1,83 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	95
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>88</b>	<b>Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54017</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	6,16
	Referenzbereich (bundesweit)	= 19,17 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	5,87 % - 6,46 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

89	<b>Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54018</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	4,42
	Referenzbereich (bundesweit)	= 11,55 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	4,26 % - 4,59 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
90	<b>Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54019</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>Bundesergebnis</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>2,37</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>= 8,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>2,3 % - 2,44 %</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>91</p>	<p><b>Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>54120</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>	
<p><b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b></p>		
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>	
<p><b>Bundesergebnis</b></p>		
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>10,19</p>	
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>= 23,95 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>9,83 % - 10,56 %</p>	
<p><b>Fallzahl</b></p>		
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>	
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>	
<p><b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b></p>		
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>	
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>	
<p>92</p>	<p><b>Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks</b></p>	
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>54020</b></p>	
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile</p>	
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>	
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>	

<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	96,08 %
Vertrauensbereich	90,35 % - 98,46 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	97,43
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,34 % - 97,51 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	98
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	102
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>93</b>	<b>Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54021</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	94,25
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,91 % - 94,57 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

94 Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	
Kennzahl-ID	54022
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	97,5 %
Vertrauensbereich	87,12 % - 99,56 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	91,02
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	90,6 % - 91,43 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	39
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	40
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
95 Vorbeugende Gabe von Antibiotika	
Kennzahl-ID	54023
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	97,42 % - 100 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	99,75
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,73 % - 99,77 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	145
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	145
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>96</b>	<b>Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54026</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	96,47 % - 100 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	92,03
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	91,9 % - 92,16 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	105
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	105
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

97	<b>Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54028</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	0,72
	Referenzbereich (bundesweit)	= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,67 % - 0,76 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
98	<b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalt bei Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen und lebend geboren wurden (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere alle</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50048</b>
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>Bundesergebnis</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>0,99</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>= 2,28 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,92 % - 1,06 %</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p><b>Kommentar / Erläuterung</b></p>	
<p>Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses</p>	<p>Alle verstorbenen Kinder wiesen eine angeborene zum Tod führende Erkrankung auf.</p>
<p>99</p>	<p><b>schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>50050</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>0</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 7,1 %</p>
<p><b>Bundesergebnis</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>0,96</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>Nicht definiert</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,87 % - 1,06 %</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,45</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>20</p>
<p><b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>100</p>	<p><b>Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)- unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>50052</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich hierbei um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>0</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 27,98 %</p>
<p><b>Bundesergebnis</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>0,89</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>Nicht definiert</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,78 % - 1,01 %</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,09</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>7</p>
<p><b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>101</p>	<p><b>schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>50053</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>Bundesergebnis</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>0,77</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>Nicht definiert</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,71 % - 0,84 %</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>102</p>	<p><b>Kinder mit im Krankenhaus erworbenen Infektionen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>50060</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Ja</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	1,01
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,77 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,96 % - 1,06 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>103 Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50062</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	0,95
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,30 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,89 % - 1 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>104 Durchführung eines Hörtests</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50063</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	96,76 %
Vertrauensbereich	93,96 % - 98,29 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	97,46
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,36 % - 97,56 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	269
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	278
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>105</b>	<b>Körpertemperatur unter 36.0 Grad bei Aufnahme ins Krankenhaus</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50064</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	8,25 %
Vertrauensbereich	5,6 % - 11,98 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	4,3
Referenzbereich (bundesweit)	= 9,44 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,18 % - 4,43 %

<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	24
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	291
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>106</b>	<b>schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51076</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 16,11 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	3,75
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	3,41 % - 4,13 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	20
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>107</b>	<b>Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51078</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt sich hierbei um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 35,43 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	3,36
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	2,96 % - 3,81 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	7
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>108</b>	<b>schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51079</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	6,28
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	5,78 % - 6,83 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**109 Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51832</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Indikatoreergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	4,15
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	3,79 % - 4,54 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Kommentar / Erläuterung</b>	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Alle verstorbenen Kinder wiesen eine angeborene zum Tod führende Erkrankung auf.

**110 Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51837</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>Bundesergebnis</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>1,03</p>
<p>Referenzbereich (bundesweit)</p>	<p>Nicht definiert</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,94 % - 1,12 %</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p><b>Kommentar / Erläuterung</b></p>	
<p>Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses</p>	<p>Alle verstorbenen Kinder wiesen eine angeborene zum Tod führende Erkrankung auf.</p>
<p><b>111 Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)</b></p>	
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>51838</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG		Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>		
Ergebnis (Einheit)	0 %	
Vertrauensbereich	0 % - 16,11 %	
<b>Bundesergebnis</b>		
Bundesdurchschnitt	1,16	
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert	
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,38 %	
<b>Fallzahl</b>		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	20	
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>		
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
<b>112</b>	<b>Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
Kennzahl-ID	51843	
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .	

<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 22,65 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	0,97
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,82 % - 1,15 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,14
Grundgesamtheit	20
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>113</b>	<b>Körpertemperatur bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht angegeben</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51845</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	1,37
Referenzbereich (bundesweit)	= 6,17 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,31 % - 1,45 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

114	<b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung von Frühgeborenen</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51901</b>
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Frühgeburlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008). Für Frühgeborene zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick, Welch et al. 2004; Heller 2008; AQUA 2011). Um diesem Problem entgegen zu wirken, wurde ein Qualitätsindex für Frühgeborene entwickelt, in dem verschiedene zentrale Indikatoren der Ergebnisqualität für Frühgeborene gemeinsam verrechnet werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> . AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2013): Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung. Stand: 18.03.2013. Göttingen: AQUA. Signatur: 13-SQG-005. URL: <a href="https://sqq.de/downloads/Themen/Strukturierter_Qualitaetsbericht/2012/QI-Pruef">https://sqq.de/downloads/Themen/Strukturierter_Qualitaetsbericht/2012/QI-Pruef</a> Dimick, JB; Welch, HG; Birkmeyer, JD (2004): Surgical mortality as an indicator of hospital quality: the problem with small sample size. JAMA - Journal of the American Medical Association 292(7): 847-51. DOI: 10.1001/jama.292.7.847. Heller, G (2008): Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51(10): 1173-1182. DOI: 10.1007/s00103-008-0652-0. Swamy, GK; Østbye, T; Skjærven, R (2008): Association of preterm birth with long-term survival, reproduction, and next-generation preterm birth. JAMA - Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429.
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	0,89
	Referenzbereich (bundesweit)	= 1,86 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,85 % - 0,94 %
	<b>Fallzahl</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

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

**115 Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2005</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	98,36 %
Vertrauensbereich	96,47 % - 99,25 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	98,33
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,28 % - 98,37 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	360
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	366
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

**116 Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2009</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	94,19 %
Vertrauensbereich	90,49 % - 96,51 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	95,74
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,65 % - 95,82 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	227
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	241
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>117</b>	<b>Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit geringem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben</b>
Kennzahl-ID	2012
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	97,5 %
Vertrauensbereich	87,12 % - 99,56 %

<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	97,3
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,14 % - 97,45 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	39
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	40
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>118</b>	<b>Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2013</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	94,03 %
Vertrauensbereich	88,66 % - 96,94 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	93,63
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,5 % - 93,76 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	126
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	134
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

119 Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung	
Kennzahl-ID	2028
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	97,67 %
Vertrauensbereich	94,17 % - 99,09 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	95,88
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,79 % - 95,97 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	168
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	172
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
120 Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus	
Kennzahl-ID	50722
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
Ergebnis (Einheit)	98,06 %
Vertrauensbereich	96,04 % - 99,05 %
<b>Bundesergebnis</b>	
Bundesdurchschnitt	96,32
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,39 %
<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	353
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	360
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

<b>121</b>	<b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50778</b>
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	<b>Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses</b>	
	Ergebnis (Einheit)	0,94
	Vertrauensbereich	0,72 % - 1,22 %
	<b>Bundesergebnis</b>	
	Bundesdurchschnitt	1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 1,56 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,01 %

<b>Fallzahl</b>	
Beobachtete Ereignisse	47
Erwartete Ereignisse	49,84
Grundgesamtheit	366
<b>Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↪ unverändert

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
<input type="checkbox"/>	Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

	Leistungsbereich	Auswahl
1	MRE	Ja
2	Schlaganfall: Akutbehandlung	Ja

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

	DMP
1	Brustkrebs
2	Diabetes mellitus Typ 1 in der Klinik für Kinder und Jugendliche
3	Diabetes mellitus Typ 2

## C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Das Diakonie-Klinikum beteiligt sich:

- am bundesweiten Qualitätssicherungsprogramm für radiologische Interventionen der Deutschen Gesellschaft für interventionellen Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)
- Teilnahme an den Qualitätssicherungsmaßnahmen der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) für Varicosis und Abdominales Aorten Aneurysma (AAA)
- Teilnahme an Ringversuchen auf Grundlage der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiliBÄK) bei der Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien e.V. (INSTAND e.V. ) und dem Referenzinstitut für Bioanalytik (RfB).

Leistungsbereich:

**Brustzentrum Hohenlohe an der Frauenklinik**

<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators:</b>	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <a href="http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm">http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm</a>
<b>Ergebnis:</b>	Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 und den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
<b>Messzeitraum:</b>	Januar bis Dezember 2016
<b>Datenerhebung:</b>	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <a href="http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm">http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm</a>
<b>Rechenregeln:</b>	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <a href="http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm">http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm</a>
<b>Referenzbereiche:</b>	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <a href="http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm">http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm</a>
<b>Vergleichswerte:</b>	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <a href="http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm">http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm</a>
<b>Quellenangabe:</b>	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <a href="http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm">http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm</a>

<b>Leistungsbereich:</b>	<b>Gynäkologisches Krebszentrum Hohenlohe an der Frauenklinik</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators:</b>	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <a href="http://www.onkozert.de/gynzentren.htm">http://www.onkozert.de/gynzentren.htm</a>
<b>Ergebnis:</b>	Zertifizierung nach DIN ISO 9001:2008 und den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
<b>Messzeitraum:</b>	Januar bis Dezember 2016
<b>Datenerhebung:</b>	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <a href="http://www.onkozert.de/gynzentren.htm">http://www.onkozert.de/gynzentren.htm</a>
<b>Rechenregeln:</b>	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <a href="http://www.onkozert.de/gynzentren.htm">http://www.onkozert.de/gynzentren.htm</a>
<b>Referenzbereiche:</b>	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <a href="http://www.onkozert.de/gynzentren.htm">http://www.onkozert.de/gynzentren.htm</a>
<b>Vergleichswerte:</b>	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <a href="http://www.onkozert.de/gynzentren.htm">http://www.onkozert.de/gynzentren.htm</a>
<b>Quellenangabe:</b>	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <a href="http://www.onkozert.de/gynzentren.htm">http://www.onkozert.de/gynzentren.htm</a>

<b>Leistungsbereich:</b>	<b>Darmkrebszentrum Hohenlohe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators:</b>	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <a href="http://www.onkozert.de/darmzentren.htm">http://www.onkozert.de/darmzentren.htm</a>
<b>Ergebnis:</b>	Zertifizierung nach DIN ISO 9001:2008 und den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
<b>Messzeitraum:</b>	Januar bis Dezember 2016
<b>Datenerhebung:</b>	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <a href="http://www.onkozert.de/darmzentren.htm">http://www.onkozert.de/darmzentren.htm</a>
<b>Rechenregeln:</b>	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <a href="http://www.onkozert.de/darmzentren.htm">http://www.onkozert.de/darmzentren.htm</a>
<b>Referenzbereiche:</b>	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <a href="http://www.onkozert.de/darmzentren.htm">http://www.onkozert.de/darmzentren.htm</a>

**Vergleichswerte:** Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <http://www.onkoziert.de/darmzentren.htm>

**Quellenangabe:** Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <http://www.onkoziert.de/darmzentren.htm>

**Leistungsbereich:** **Prostatakarzinomzentrum Hohenlohe**

**Bezeichnung des Qualitätsindikators:** Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <http://www.onkoziert.de/prostatakrebszentren.htm>

**Ergebnis:** Zertifizierung nach DIN ISO 9001:2008 und den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

**Messzeitraum:** Januar bis Dezember 2016

**Datenerhebung:** Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <http://www.onkoziert.de/prostatakrebszentren.htm>

**Rechenregeln:** Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <http://www.onkoziert.de/prostatakrebszentren.htm>

**Referenzbereiche:** Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <http://www.onkoziert.de/prostatakrebszentren.htm>

**Vergleichswerte:** Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <http://www.onkoziert.de/prostatakrebszentren.htm>

**Quellenangabe:** Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: <http://www.onkoziert.de/prostatakrebszentren.htm>

**Leistungsbereich:** **Regionale Stroke Unit der Klinik für Neurologie**

**Bezeichnung des Qualitätsindikators:** Qualitätsziele, Rechenregeln und Referenzbereiche in der Qualitätsindikatoren-Datenbank unter: <http://www.geqik.de/index.php?id=953>

**Ergebnis:** Zertifizierung n. d. Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft u. d. Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe.

**Messzeitraum:** Januar bis Dezember 2016

**Datenerhebung:** kontinuierlich

**Rechenregeln:** Qualitätsziele, Rechenregeln und Referenzbereiche in der Qualitätsindikatoren-Datenbank unter: <http://www.geqik.de/index.php?id=953>

**Referenzbereiche:** [http://www.geqik.de/fileadmin/Archiv/2014/Referenzbereiche/Referenzbereiche\\_m80n1\\_VJ2014.pdf](http://www.geqik.de/fileadmin/Archiv/2014/Referenzbereiche/Referenzbereiche_m80n1_VJ2014.pdf)

**Vergleichswerte:** [http://www.geqik.de/fileadmin/Archiv/2014/Jahresauswertungen/VJ2014\\_m80n1\\_JA.pdf](http://www.geqik.de/fileadmin/Archiv/2014/Jahresauswertungen/VJ2014_m80n1_JA.pdf)

**Quellenangabe:** Qualitätsziele, Rechenregeln und Referenzbereiche in der Qualitätsindikatoren-Datenbank unter: <http://www.geqik.de/index.php?id=953>

**Leistungsbereich:** **Regionales Traumazentrum an der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie und Mitglied im Traumanetzwerk Nord-Württemberg**

<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators:</b>	Traumaregister der DGU; Sicherheit und Qualität der Behandlung von Schwerverletzten; Prozessergebnisse im Schockraum sowie risikoadjustierter Mortalität
<b>Ergebnis:</b>	Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU).
<b>Messzeitraum:</b>	Januar bis Dezember 2016
<b>Datenerhebung:</b>	kontinuierlich
<b>Rechenregeln:</b>	<a href="http://www.traumaregister.de/">http://www.traumaregister.de/</a>
<b>Referenzbereiche:</b>	<a href="http://www.traumaregister.de/">http://www.traumaregister.de/</a>
<b>Vergleichswerte:</b>	Benchmark durch zentrale Datenbank; Auditverfahren und Qualitätsbericht
<b>Quellenangabe:</b>	<a href="http://www.traumaregister.de/">http://www.traumaregister.de/</a>
<b>Leistungsbereich:</b>	<b>„Anerkanntes Gefäßzentrum“ durch die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) und die Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators:</b>	Teilnahme am Register „Abdominelles Aortenaneurysma(AAA); Benchmark mit anderen Zentren, OP-Methode, Mortalität
<b>Ergebnis:</b>	Zertifizierung d. Dt. Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) u. die Dt. Röntgengesellschaft (DRG).
<b>Messzeitraum:</b>	Januar bis Dezember 2016
<b>Datenerhebung:</b>	kontinuierlich
<b>Rechenregeln:</b>	<a href="http://www.digg-dgg.de/qs-baa.html">http://www.digg-dgg.de/qs-baa.html</a>
<b>Referenzbereiche:</b>	<a href="http://www.digg-dgg.de/qs-baa.html">http://www.digg-dgg.de/qs-baa.html</a>
<b>Vergleichswerte:</b>	<a href="http://www.digg-dgg.de/qs-baa.html">http://www.digg-dgg.de/qs-baa.html</a>
<b>Quellenangabe:</b>	<a href="http://www.digg-dgg.de/qs-baa.html">http://www.digg-dgg.de/qs-baa.html</a>
<b>Leistungsbereich:</b>	<b>Qualitätssicherungsprogramm für radiologische Interventionen der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators:</b>	Teilnahme am bundesweiten Qualitätssicherungsverfahren, Benchmark mit anderen Zentren über Fallzahl, Zahl Erfolgs- sowie Komplikationsraten und –grade
<b>Ergebnis:</b>	Teilnahme ist u.a. Voraussetzung für Zertifizierung "Anerkanntes Gefäßzentrum" durch die DRG
<b>Messzeitraum:</b>	Januar bis Dezember 2016
<b>Datenerhebung:</b>	kontinuierlich
<b>Rechenregeln:</b>	<a href="http://www.degir.de/site/qualitaetssicherung">http://www.degir.de/site/qualitaetssicherung</a>
<b>Referenzbereiche:</b>	<a href="http://www.degir.de/site/qualitaetssicherung">http://www.degir.de/site/qualitaetssicherung</a>
<b>Vergleichswerte:</b>	<a href="http://www.degir.de/site/qualitaetssicherung">http://www.degir.de/site/qualitaetssicherung</a>
<b>Quellenangabe:</b>	<a href="http://www.degir.de/site/qualitaetssicherung">http://www.degir.de/site/qualitaetssicherung</a>

**Leistungsbereich:** Hernienzentrum (DHG-Siegel "qualitätsgesicherte Hernienchirurgie" der Deutschen Herniengesellschaft)

<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators:</b>	Teilnahme an der Qualitätssicherungsstudie Herniamed (www.herniamed.de), Erfassung u.a. von Schmerzintensität, Komplikationsraten, reoperationen
<b>Ergebnis:</b>	Teilnahme ist u.a. Voraussetzung für Zertifizierung als Kompetenzzentrum Hernienchirurgie
<b>Messzeitraum:</b>	Januar bis Dezember 2016
<b>Datenerhebung:</b>	kontinuierlich
<b>Rechenregeln:</b>	www.herniamed.de
<b>Referenzbereiche:</b>	www.herniamed.de
<b>Vergleichswerte:</b>	www.herniamed.de
<b>Quellenangabe:</b>	www.herniamed.de

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

	Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge (im Berichtsjahr)	Ausnahmetatbestand
1	Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	111	MM05 - Kein Ausnahmetatbestand
2	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	4	MM01 - Notfälle, keine planbaren Leistungen
3	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	25	MM05 - Kein Ausnahmetatbestand
4	Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14	20	MM05 - Kein Ausnahmetatbestand

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

	Vereinbarung bzw. Richtlinie
1	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Photoselektive Vaporisation der Prostata (PVP)
2	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma
3	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen - Perinatalzentrum LEVEL 1

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

<b>Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):</b>	118
<b>- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:</b>	69
<b>- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:</b>	55

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