Das Diak:

Klinikum

Qualitätsbericht 2017

Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall gGmbH

Haus der Zentralversorgung

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg

Strukturierter Qualitätsbericht nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über das Berichtsjahr 2017

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 20

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 22

A-12.1 Qualitätsmanagement 22
A-12.2 Klinisches Risikomanagement 23
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte 27
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement 32
A-13 Besondere apparative Ausstattung 34
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen 36
B-[1] Innere Medizin I - Klinik für Kardiologie, Angiologie, Zentrum für Herzrhythmusstörungen 36
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 36
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel 37
B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 37
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 37
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 38
B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 38
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 38
B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD 39
B-[1].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe 39
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 40
B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 40
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 40
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 40
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 41
B-[1].11 Personelle Ausstattung 41
B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen 41

B-[1].11.2 Pflegepersonal 42

B-[2] Innere Medizin II - Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie, Infektionskrankheiten 44

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 44

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel 45

B-[2].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 45

B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 45

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 46

B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 47

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 47

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD 47

B-[2].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe 47

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 47

B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 48

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 48

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 48

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 49

B-[2].11 Personelle Ausstattung 49

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen 49

B-[2].11.2 Pflegepersonal 50

B-[3] Innere Medizin III - Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin 52

B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 52

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel 53

B-[3].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 53

B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 53
B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 53
B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 54
B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 54
B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD 54
B-[3].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe 54
B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 54
B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 55
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-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen 56
B-[3].11.2 Pflegepersonal 56
B-[4] Klinik für Kinder- und Jugendmedizin 59
B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 59
B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel 61
B-[4].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 62
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].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe 64

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 65
B-[4].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 65
B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 65
B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 65
B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 66
B-[4].11 Personelle Ausstattung 66
B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen 66
B-[4].11.2 Pflegepersonal 67
B-[5] Chirurgische Klinik I - Allgemein- und Viszeralchirurgie 69
B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 69
B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel 70
B-[5].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 71
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].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe 72
B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 72
B-[5].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 73
B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 73
B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 73
B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 74

B-[5].11 Personelle Ausstattung 74
B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen 74
B-[5].11.2 Pflegepersonal 75
B-[6] Chirurgische Klinik II - Unfallchirurgie 77
B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 77
B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel 78
B-[6].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 79
B-[6].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 79
B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 79
B-[6].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 80
B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 80
B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD 81
B-[6].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe 81
B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 81
B-[6].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 81
B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 81
B-[6].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 82
B-[6].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 82
B-[6].11 Personelle Ausstattung 83
B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen 83
B-[6].11.2 Pflegepersonal 83
B-[7] Orthopädie und Endoprothetik 86
B-[7].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 86

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel 87
B-[7].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 87
B-[7].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 87
B-[7].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 87
B-[7].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 88
B-[7].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 88
B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD 89
B-[7].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe 89
B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 89
B-[7].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 89
B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 89
B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 90
B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 90
B-[7].11 Personelle Ausstattung 90
B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen 91
B-[7].11.2 Pflegepersonal 91
B-[8] Chirurgische Klinik III - Plastische, Ästhetische und Handchirurgie 94
B-[8].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 94
B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel 95
B-[8].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 95
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].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe 97
B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 97
B-[8].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 98
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-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen 99
B-[8].11.2 Pflegepersonal 100
B-[9] Chirurgische Klinik IV - Gefäßchirurgie 102
B-[9].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 102
B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel 103
B-[9].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 103
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].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe 104
B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 105
B-[9].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 105

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 105
B-[9].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 105
B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 106
B-[9].11 Personelle Ausstattung 107
B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen 107
B-[9].11.2 Pflegepersonal 107
B-[10] Klinik für Neurologie und Gerontoneurologie 109
B-[10].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 109
B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel 110
B-[10].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 111
B-[10].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 111
B-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 111
B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 112
B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD 112
B-[10].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe 112
B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 112
B-[10].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 112
B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 113
B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 113
B-[10].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 113
B-[10].11 Personelle Ausstattung 113
B-[10].11.1 Ärzte und Ärztinnen 114
B-[10].11.2 Pflegepersonal 114
B-[11] Urologische Klinik 117

B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 117
B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel 118
B-[11].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 118
B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 119
B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 119
B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 119
B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD 120
B-[11].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe 120
B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 120
B-[11].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 120
B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 120
B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 121
B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 121
B-[11].11 Personelle Ausstattung 121
B-[11].11.1 Ärzte und Ärztinnen 122
B-[11].11.2 Pflegepersonal 122
B-[12] Neurochirurgische Klinik 125
B-[12].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 125
B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel 126
B-[12].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 126
B-[12].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 127
B-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 127
B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 127
B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD 128

B-[12].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe 128
B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 128
B-[12].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 128
B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 128
B-[12].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 129
B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 129
B-[12].11 Personelle Ausstattung 129
B-[12].11.1 Ärzte und Ärztinnen 129
B-[12].11.2 Pflegepersonal 129
B-[13] Frauenklinik 132
B-[13].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 132
B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel 134
B-[13].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 134
B-[13].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 134
B-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 135
B-[13].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 135
B-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 136
B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD 136
B-[13].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe 136
B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 137
B-[13].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 137
B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 137
B-[13].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 138

B-[13].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 138
B-[13].11 Personelle Ausstattung 138
B-[13].11.1 Ärzte und Ärztinnen 138
B-[13].11.2 Pflegepersonal 139
B-[14] Hals-Nasen-Ohrenklinik 141
B-[14].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 141
B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel 142
B-[14].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 142
B-[14].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 142
B-[14].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 143
B-[14].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 143
B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD 144
B-[14].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe 144
B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 144
B-[14].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 144
B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 144
B-[14].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 144
B-[14].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 144
B-[14].11 Personelle Ausstattung 145
B-[14].11.1 Ärzte und Ärztinnen 145
B-[14].11.2 Pflegepersonal 145
B-[15] Augenklinik 148
B-[15].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 148
B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel 148

B-[15].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 149
B-[15].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 149
B-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 149
B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 149
B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD 150
B-[15].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe 150
B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 150
B-[15].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 150
B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 150
B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 150
B-[15].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 150
B-[15].11 Personelle Ausstattung 150
B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen 151
B-[15].11.2 Pflegepersonal 151
B-[16] Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 152
B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 152
B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel 153
B-[16].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 153
B-[16].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 153
B-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 153
B-[16].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 154
B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD 154
B-[16].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe 154
B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 154

B-[16].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 155
B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 155
B-[16].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 155
B-[16].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 155
B-[16].11 Personelle Ausstattung 155
B-[16].11.1 Ärzte und Ärztinnen 156
B-[16].11.2 Pflegepersonal 156
B-[16].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 157
B-[17] Nuklearmedizinische Klinik 158
B-[17].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 158
B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel 158
B-[17].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 159
B-[17].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 159
B-[17].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 159
B-[17].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 159
B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD 160
B-[17].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe 160
B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 160
B-[17].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 160
B-[17].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 160
B-[17].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 160
B-[17].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 160
B-[17].11 Personelle Ausstattung 161

B-[17].11.1 Ärzte und Ärztinnen 161
B-[17].11.2 Pflegepersonal 161
B-[18] Strahlentherapeutische Klinik 162
B-[18].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 162
B-[18].1.1 Fachabteilungsschlüssel 163
B-[18].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 163
B-[18].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 163
B-[18].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 163
B-[18].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 164
B-[18].6 Hauptdiagnosen nach ICD 164
B-[18].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe 164
B-[18].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 164
B-[18].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 164
B-[18].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 164
B-[18].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 164
B-[18].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 165
B-[18].11 Personelle Ausstattung 165
B-[18].11.1 Ärzte und Ärztinnen 165
B-[19] Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie 166
B-[19].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 166
B-[19].1.1 Fachabteilungsschlüssel 167
B-[19].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 167
B-[19].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 167
B-[19].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 168

B-[19].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 168
B-[19].6 Hauptdiagnosen nach ICD 168
B-[19].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe 168
B-[19].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 169
B-[19].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 169
B-[19].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 169
B-[19].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 169
B-[19].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 169
B-[19].11 Personelle Ausstattung 170
B-[19].11.1 Ärzte und Ärztinnen 170
B-[19].11.2 Pflegepersonal 170
B-[20] Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie 172
B-[20].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 172
B-[20].1.1 Fachabteilungsschlüssel 174
B-[20].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 174
B-[20].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 174
B-[20].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 175
B-[20].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 175
B-[20].6 Hauptdiagnosen nach ICD 175
B-[20].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 175
B-[20].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 175
B-[20].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 175
B-[20].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 176
B-[20].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 176

B-[20].11 Personelle Ausstattung 176
B-[20].11.1 Ärzte und Ärztinnen 176
B-[20].11.2 Pflegepersonal 177
B-[21] Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie 179
B-[21].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 179
B-[21].1.1 Fachabteilungsschlüssel 180
B-[21].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 180
B-[21].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 180
B-[21].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 181
B-[21].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 181
B-[21].6 Hauptdiagnosen nach ICD 182
B-[21].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 182
B-[21].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 182
B-[21].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 182
B-[21].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 182
B-[21].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 183
B-[21].11 Personelle Ausstattung 183
B-[21].11.1 Ärzte und Ärztinnen 183
B-[22] Therapiezentrum am DIAK (Physiotherapie-Ergotherapie-Logopädie) 184
B-[22].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 184
B-[22].1.1 Fachabteilungsschlüssel 185
B-[22].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 186
B-[22].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 186
B-[22].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 186

B-[23] Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin 187
B-[23].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 187
B-[23].1.1 Fachabteilungsschlüssel 188
B-[23].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 188
B-[23].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 189
B-[23].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 189
B-[23].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 189
B-[23].6 Hauptdiagnosen nach ICD 189
B-[23].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 190
B-[23].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 190
B-[23].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 190
B-[23].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 190
B-[23].11 Personelle Ausstattung 190
B-[23].11.1 Ärzte und Ärztinnen 191
B-[24] Apotheke/ Pharmakologie 192
B-[24].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 192
B-[24].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin 193
C Qualitätssicherung 194
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V 194
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate 194
C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL 195
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 283
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 284

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .. 284

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 288

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V 288

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 289

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, Geschäftsführer
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

Versorgungs-schwerpunkt	Teilnehmende Fachabteilung	Bemerkung
Adipositaszentrum	• Chirurgische Klinik I: Allgemein- und Viszeralchirurgie • Chirurgische Klinik III: Plastische, Ästhetische und Handchirurgie • Innere Medizin II: Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie, Infektionskrankheiten • Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie • Therapiezentrum am Diak	
Zentrum für Alterstraumatologie	• Chirurgische Klinik II: Unfallchirurgie • Geriatrischer Schwerpunkt • Therapiezentrum am Diak • Klinik für Altersmedizin Crailsheim • Therapiezentrum Crailsheim	Kooperatives Zentrum für Alterstraumatologie am Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall und Landkreis-Klinikum Crailsheim; Zertifizierung 2017 geplant

Versorgungs-schwerpunkt	Teilnehmende Fachabteilung	Bemerkung
Ambulantes OP-Zentrum	• Chirurgische Klinik I: Allgemein- und Viszeralchirurgie • Chirurgische Klinik II: Unfallchirurgie • Chirurgische Klinik IV: Gefäßchirurgie • Neurochirurgische Klinik • Urologische Klinik • Frauenklinik • Hals-Nasen-Ohrenklinik • Augenklinik • Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie	
Bauchzentrum	• Innere Medizin II: Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie, Infektionskrankheiten • Chirurgische Klinik I: Allgemein- und Viszeralchirurgie • Innere Medizin III: Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin • Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie • Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin • Apotheke/Pharmakologie	
Brustkrebszentrum	• Frauenklinik • Innere Medizin III: Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin • Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie • Nuklearmedizinische Klinik • Strahlentherapeutische Klinik • Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie • Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie • Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin • Apotheke/Pharmakologie • Therapiezentrum am Diak	Das Brustzentrum ist zertifiziert nach den Kriterien der Deutschen Krebs-gesellschaft und nach DIN EN ISO 9001:2008

Versorgungs-schwerpunkt	Teilnehmende Fachabteilung	Bemerkung
Darmkrebszentrum	● Chirurgische Klinik I: Allgemein- und Viszeralchirurgie ● Innere Medizin III: Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin ● Innere Medizin II: Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie, Infektionskrankheiten ● Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ● Nuklearmedizinische Klinik ● Strahlentherapeutische Klinik ● Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie ● Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie ● Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin ● Apotheke/Pharmakologie	Das Darmkrebszentrum ist zertifiziert nach den Kriterien der Deutschen Krebs-gesellschaft und nach DIN EN ISO 9001:2008
Gefäßzentrum	● Chirurgische Klinik IV: Gefäßchirurgie ● Innere Medizin I: Klinik für Kardiologie, Angiologie, Elektrophysiologie ● Klinik für Neurologie und Gerontoneurologie ● Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie ● Therapiezentrum am Diak	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).
Geriatriezentrum (Zentrum für Altersmedizin)	● Klinik für Neurologie und Gerontoneurologie ● Chirurgische Klinik II - Unfallchirurgie ● Therapiezentrum am Diak	Geriatrischer Schwerpunkt des Landes Baden-Württemberg
Gynäkologisches Krebszentrum	● Frauenklinik ● Innere Medizin III: Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin ● Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ● Nuklearmedizinische Klinik ● Strahlentherapeutische Klinik	Das Gynäkologische Krebszentrum ist zertifiziert nach den Kriterien der Deutschen Krebs-gesellschaft und nach DIN EN ISO 9001:2008

Versorgungs-schwerpunkt	Teilnehmende Fachabteilung	Bemerkung
	• Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie • Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie • Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin • Apotheke/Pharmakologie • Therapiezentrum am Diak	
Inkontinenzzentrum/ Kontinenzzentrum	• Urologische Klinik • Frauenklinik • Chirurgische Klinik I: Allgemein- und Viszeralchirurgie	
Interdisziplinäre Intensivmedizin	• Innere Medizin I: Klinik für Kardiologie, Angiologie, Elektrophysiologie • Chirurgische Klinik I: Allgemein- und Viszeralchirurgie • Chirurgische Klinik II: Unfallchirurgie • Neurochirurgie • Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie • Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie • Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin • Therapiezentrum am Diak	
Interdisziplinäre Tumornachsorge	• Innere Medizin III: Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin • Innere Medizin II: Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie, Infektionskrankheiten • Chirurgische Klinik I: Allgemein- und Viszeralchirurgie • Urologische Klinik • Frauenklinik • Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie • Nuklearmedizinische Klinik • Strahlentherapeutische Klinik • Apotheke/Pharmakologie	

Versorgungs-schwerpunkt	Teilnehmende Fachabteilung	Bemerkung
Palliativzentrum	● Innere Medizin III: Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin ● Innere Medizin II: Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie, Infektionskrankheiten ● Klinik für Neurologie und Gerontoneurologie ● Urologische Klinik ● Frauenklinik ● Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ● Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie ● Therapiezentrum am Diak	
Perinatalzentrum	● Klinik für Kinder- und Jugendmedizin ● Frauenklinik ● Therapiezentrum am Diak	Anerkennung als Perinatalzentrum Level 1 beantragt
Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie	● Chirurgische Klinik III: Plastische, Ästhetische und Handchirurgie ● Frauenklinik	
Prostatakarzinom-zentrum	● Urologische Klinik ● Innere Medizin III: Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin ● Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ● Nuklearmedizinische Klinik ● Strahlentherapeutische Klinik ● Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie ● Apotheke/Pharmakologie ● Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin	Das Prostatakarzinomzentrum ist zertifiziert nach den Kriterien der Deutschen Krebs-gesellschaft und nach DIN EN ISO 9001:2008
Schlaganfallzentrum	● Klinik für Neurologie und Gerontoneurologie ● Chirurgische Klinik IV: Gefäßchirurgie ● Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie	Regionale Stroke Unit gemäß der Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg. Das Schlaganfall-zentrum ist zertifiziert

Versorgungs-schwerpunkt	Teilnehmende Fachabteilung	Bemerkung
	• Neurochirurgische Klinik • Therapiezentrum am Diak	gemäß der Kriterien der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
Schmerzzentrum	• Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie • Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie • Klinik für Neurologie und Gerontoneurologie • Neurochirurgische Klinik	
Sozialpädiatrisches Zentrum	• Klinik für Kinder- und Jugendmedizin • Therapiezentrum am Diak	
Traumazentrum	• Chirurgische Klinik II - Unfallchirurgie • Neurochirurgische Klinik • Chirurgische Klinik I - Allgemein- und Viszeralchirurgie • Klinik für Anästhesologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie	umfassende interdisziplinäre Versorgung von Schwerst-verletzten, Mitglied des Traumanetzwerks Nord-Württemberg in der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), zertifiziert nach den Kriterien der DGU. Die Klinik ist zum Verletztenarten-verfahren der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zugelassen (VAV-Klinik).
Wundzentrum	• Chirurgische Klinik IV-Gefäßchirurgie • Chirurgische Klinik III: Plastische, Ästhetische und Handchirurgie	

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

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

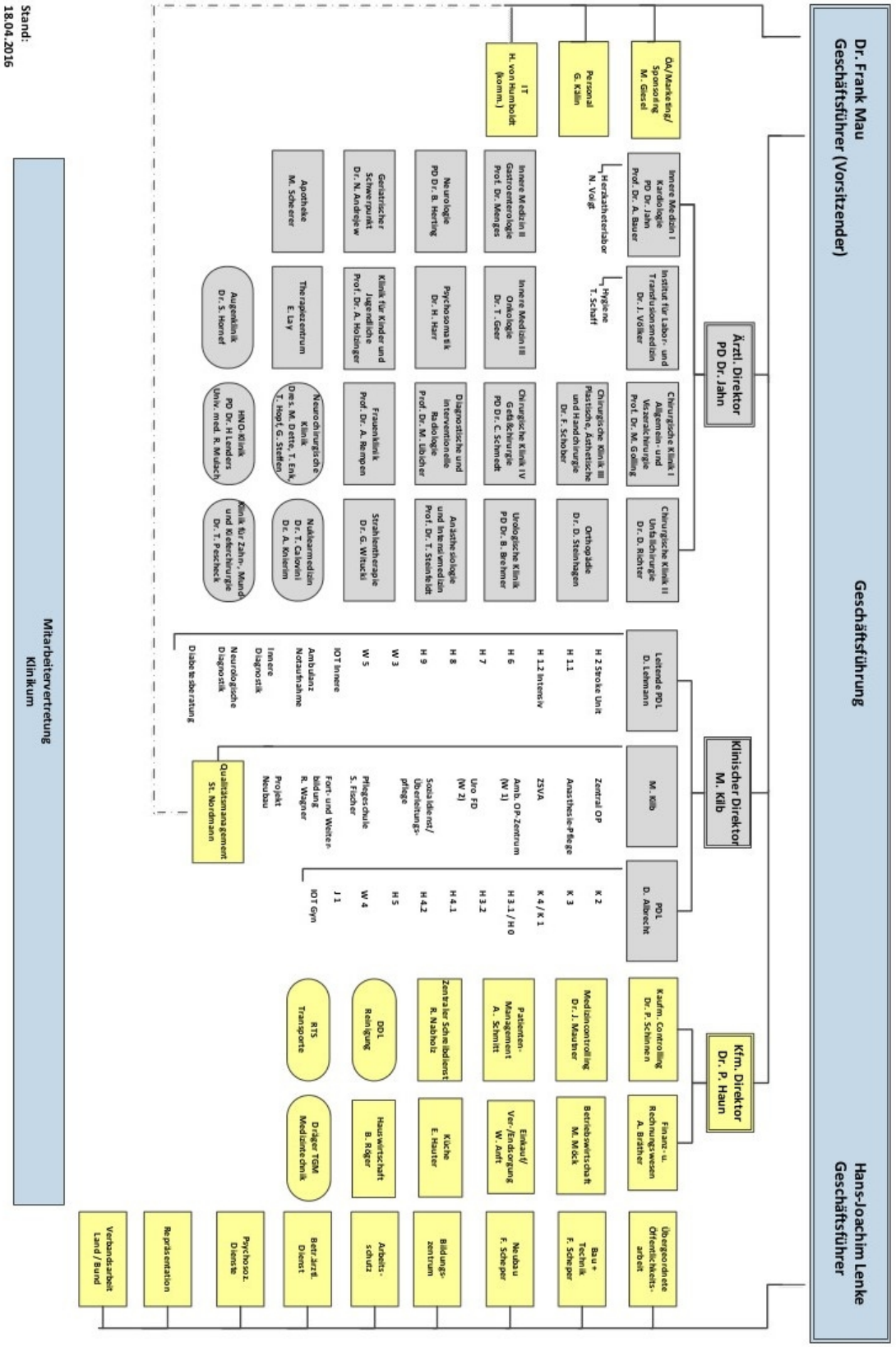
A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	**Verwaltungsleitung**
Name/Funktion:	Michael Kilb, Geschäftsführer
Telefon:	0791 753 2040
Fax:	0791 753 9992040
E-Mail:	michael.kilb@dasdiak.de

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

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

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


Diakonie-Klinikum gGmbH
Dr. Frank Mau
Geschäftsführer (Vorsitzender)
Geschäftsführung
Hans-Joachim Lenke
Geschäftsführer
Ärztl. Direktor
PD Dr. Jahn
Klinischer Direktor
M. Kilb
Kfm. Direktor
Dr. P. Haun
Leitende PDL
D. Lehmann
PDL
D. Albrecht
Innere Medizin I
Kardiologie
PD Dr. Jahn
Prof. Dr. A. Bauer
Herzkatheterlabor
N. Voigt
Institut für Labor- und Transfusionsmedizin
Dr. J. Völker
Hygiene
T. Schiff
Chirurgische Klinik I
Allgemein- und Viszeralchirurgie
Prof. Dr. M. Gebing
Chirurgische Klinik II
Unfallchirurgie
Dr. D. Richter
Chirurgische Klinik III
Plastische, Ästhetische und Handchirurgie
Dr. F. Schober
Orthopädie
Dr. D. Steinhagen
Urologische Klinik
PD Dr. B. Brehmer
Chirurgische Klinik IV
Gefäßchirurgie
PD Dr. C. Schmidt
Anästhesiologie und Intensivmedizin
Prof. Dr. T. Steinfeldt
Strahlentherapie
Dr. G. Wlotzki
Frauenklinik
Prof. Dr. A. Rempen
Klinik für Kinder und Jugendliche
Prof. Dr. A. Holzinger
Psychosomatik
Dr. H. Harr
Innere Medizin III
Onkologie
Dr. T. Geer
Innere Medizin II
Gastroenterologie
Prof. Dr. Menges
Neurologie
PD Dr. B. Hertlein
Geriatrischer Schwerpunkt
Dr. N. Andrejew
Apotheke
M. Scheerer
Therapiezentrum
E. Lay
Augenklinik
Dr. S. Hornef
Neurochirurgische Klinik
Dres. M. Dietz, T. Enk, T. Hopf, G. Steffen
HNO-Klinik
PD Dr. H. Lenders
Univ.-med. R. Mlynski
Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie
Dr. T. Peschke
Nuklearmedizin
Dr. T. Calovini
Dr. A. Kolerios
Diagnostische und interventionelle Radiologie
Prof. Dr. M. Uhlich
IT
H. von Humboldt
(komm.)
Personal
G. Kälin
QM/Marketing/
Sponsoring
M. Giesel
H 2 Stroke Unit
H 1.1
H 1.2 Intensiv
H 6
H 7
H 8
H 9
W 3
W 5
IOT Innere
Ambulanz
Notaufnahme
Innere
Diagnostik
Neurologische
Diagnostik
Diabetesberatung
Zentral OP
Anästhesie-Pflege
ZSVA
Amb. OP-Zentrum
(W 1)
Uro FD
(W 2)
Sozialdienst/
Überleitungs-
pflege
Pflegeschule
S. Fischer
Fort- und Weiter-
bildung
R. Wagner
Projekt
Neubau
IOT Gyn
K 2
K 3
K 4/K 1
H 3.1/H 0
H 3.2
H 4.1
H 4.2
H 5
W 4
J 1
Qualitätsmanagement
St. Nordmann
Kaufm. Controlling
Dr. P. Schinnen
Finanz- u. Rechnungswesen
A. Brather
Medizincontrolling
Dr. J. Mautner
Betriebswirtschaft
M. Mock
Patienten-
Management
A. Schmitt
Einkauf/
Ver-/Entsorgung
W. Auft
Zentraler Schreibdienst
R. Nabholz
Küche
E. Hauter
Hauswirtschaft
B. Röger
RTS
Transporte
DDL
Reinigung
Drägerr TGM
Medizintechnik
Bau +
Technik
F. Scheper
Neubau
F. Scheper
Bildungs-
zentrum
Arbeits-
schutz
Betriebsärztl.
Dienst
Psychosoz.
Dienste
Repräsentation
Verbandsarbeit
Land / Bund
Übergeordnete
Öffentlichkeits-
arbeit
Mitarbeitervertretung
Klinikum
Stand:
18.04.2016

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall gGmbH
Träger-Art:	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

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
1	Atemgymnastik/-therapie Bewegungs- und Verhaltensschulung, insbesondere zur Verbesserung der Atemfunktion und zur Sektretlösung
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 Naturmoorpackungen, 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, Skoliosetherapie nach Diefenbach
23	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.), Spiegeltherapie, Schlucktherapie, Orofasziale 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

	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
	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: 4 € im Neubau kombinierter Preis für Fernsehen/Radio/Internetanschluss (WLAN) für eine Aufenthaltsdauer bis zu 5 Tage. Danach niedrigere Kosten pro Tag (3,20 € bei Aufenthalt von 6-14 Tagen, ab 14 Tagen 2,50 €). Im Altbau andere Ausstattung und Tarifstruktur.
7	Internetanschluss am Bett/im Zimmer Kosten pro Tag: 4 € im Neubau kombinierter Preis für Fernsehen/Radio/Internetanschluss (WLAN) für eine Aufenthaltsdauer bis zu 5 Tage. Danach niedrigere Kosten pro Tag (3,20 € bei Aufenthalt von 6-14 Tagen, ab 14 Tagen 2,50 €). Im Altbau andere Ausstattung und Tarifstruktur.
8	Rundfunkempfang am Bett Kosten pro Tag: 4 € im Neubau kombinierter Preis für Fernsehen/Radio/Internetanschluss (WLAN) für eine Aufenthaltsdauer bis zu 5 Tage. Danach niedrigere Kosten pro Tag (3,20 € bei Aufenthalt von 6-14 Tagen, ab 14 Tagen 2,50 €). Im Altbau andere Ausstattung und Tarifstruktur.
9	Telefon am Bett Kosten pro Tag: 2 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0 € Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 € Flatrate ins Deutsche Fest- und Mobilnetz.
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: 1,5 € Max. Kosten pro Tag: 6 € Nachttarif 2,00 € (von 19.30 Uhr-07.30 Uhr), Parkhaus, Bereitstellung von Kofferkulis und Rollstühlen im Parkhaus
13	Geldautomat in der Eingangshalle
14	Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung falls möglich Besuch der bisherigen Schule, sonst eigene Klinikschule für kranke Kinder

	Leistungsangebot
15	Schule im Krankenhaus Eigene Klinikschule für die Zeit des Klinikaufenthaltes der kranken Kinder
16	Rooming-in 24-Stunden-Rooming-In; auch Elternzimmer möglich
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	Abschiedsraum verstorbene Patienten bleiben mind. 2 Stunden nach dem Tod im Krankenzimmer, danach gibt es im Aufbahrungsraum weitere Möglichkeiten, Abschied zu nehmen
22	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
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

	Aspekte der Barrierefreiheit
	Kooperation mit mehreren Gebärdendolmetschern, Einsatz bei Bedarf
10	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette auf Nachfrage
11	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. im Neubau des Klinikums
12	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung Strukturierter Einsatz von Ehrenamtlichen, die sich nach umfangreicher Schulung und Einarbeitung um diese Patienten kümmern.
13	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
14	Diätetische Angebote ca. 30 Diät- und Sonderkostformen
15	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	Dozenturen/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:www.dasdiak-klinikum.de/karriere/famulatur-praktisches-jahr.html
5	Doktorandenbetreuung Betreuung von Promotionsarbeiten durch habilitierte Chefärzte
6	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien Short Stitch Studie (Monomax®)- Auswirkungen einer bestimmten Nahttechnik (Faszienverschluss im 6:1 Naht/Wundlängen-Verhältnis) auf Komplikationsraten bei Bauchoperationen.

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 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:	27041
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	46377

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)	186,84	183,64	3,20	24,17	162,67
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	99,26	96,06	3,20	22,21	77,05
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	11				

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

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00

Personal / Ohne FA-Zuordnung	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	324,50	323,93	0,57	26,02	298,48
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	76,69	76,49	0,20	2,10	74,59
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	8,22	8,22	0,00	0,31	7,91
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	15,39	15,39	0,00	1,08	14,31
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,26	10,89	0,37	0,00	11,26
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,19	2,19	0,00	0,23	1,96
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,72	9,72	0,00	3,68	6,04

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

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	3,01	3,01	0,00	0,00	3,01
Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	1,38	1,38	0,00	0,00	1,38
Ergotherapeuten	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	1,03[1)]	0,40	0,63	0,00	1,03

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

[1)] zusätzlich noch Kunst-und Musiktherapeutinnen

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.
Diätassistent und Diätassistentin	3,64	3,64	0,00	0,00	3,64
Ergotherapeut und Ergotherapeutin	5,99	5,99	0,00	2,41	3,58
Erzieher und Erzieherin	0,90	0,90	0,00	0,00	0,90
Gymnastik- und Tanzpädagoge/ Gymnastik- und Tanzpädagogin	0,63	0,00	0,63	0,00	0,63
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin	1,03	1,03	0,00	0,00	1,03
Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin	0,61	0,51	0,10	0,00	0,61
Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	4,22	4,22	0,00	2,06	2,16
Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	0,86	0,86	0,00	0,20	0,66
Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch- technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	21,50	21,50	0,00	3,29	18,21
Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	19,94	19,94	0,00	9,01	10,93
Musiktherapeut und Musiktherapeutin	0,52	0,52	0,00	0,00	0,52
Oecotrophologe und Oecothrophologin (Ernährungswissenschaftler und Ernährungswissenschaftlerin)	0,81	0,81	0,00	0,20	0,61
Pädagoge und Pädagogin/Lehrer und Lehrerin	2,71[2)]	2,71	0,00	0,00	2,71
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	12,48	12,48	0,00	3,42	9,06
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	3,51	3,51	0,00	0,50	3,01
Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	1,38	0,00	1,38	0,00	1,38
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	3,25	3,25	0,00	3,25	0,00
Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin	3,77[4)]	3,77	0,00	0,00	3,77
Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	78,00	78,00	0,00	0,00	78,00[5)]
Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	3,00	3,00	0,00	0,82	2,18
Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	1,10	1,10	0,00	0,00	1,10
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	13,51	0,00	13,51	0,00	13,51
Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation	200,00	200,00[6)]	0,00	0,00	200,00

Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	200,00	200,00[7)]	0,00	0,00	200,00

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

[1)] Fachkräfte der Sanitätshäuser kommen ins Haus
[2)] Schule für kranke Kinder
[3)] Fachkräfte kommen ins Haus
[4)] Diabetesberaterinnen und -Assistentinnen nach den Qualifikationskriterien der DGG; zusätzlich über 50 diabetisch weitergebildete Pflegekräfte im Rahmen der Zertifizierung zum "Krankenhaus für Diabetiker geeignet"
[5)] regelmäßige Schulungen für das Pflegepersonal, exakte Zahl deshalb nicht ermittelbar. Hier Anzahl Kursteilnehmer Kurs 2015/2016
[6)] Angaben geschätzt, seit ca. 10 Jahren Inhalt bei Krankenpflegeausbildung; zusätzlich weiteres Personal mit dieser Qualifikation; Basiskurs 2015 mit 92 Teilnehmern
[7)] 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

Name/Funktion:	Heidrun Isenmann, Leitung Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement
Telefon:	0791 753 4012
Fax:	0791 753999 4012
E-Mail:	heidrun.isenmann@dasdiak.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/ Funktionsbereiche:	interdisziplinäre und interprofessionelle Arbeitsgruppe aus Chefärzten sowie Oberärzten (Koordinatoren) der medizinischen Abteilungen und Institute, Pflegedirektion, Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement, Geschäftsführung und weiteren Bereichen nach Bedarf
Tagungsfrequenz des Gremiums:	halbjährlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	Instrument bzw. Maßnahme
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QM-Handbuch Letzte Aktualisierung: 14.06.2017
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_Klinikum_VA_Klinisches Notfallmanagement_V4_20151104 Letzte Aktualisierung: 04.11.2015
5	Schmerzmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_Klinikum_VA_Schmerzmanagement_V4_20170725 Letzte Aktualisierung: 25.07.2017
6	Sturzprophylaxe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_Pflegedienst_VA_Pflegestandard Sturzprophylaxe_V2_20140512 Letzte Aktualisierung: 12.05.2014
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege")

	Instrument bzw. Maßnahme
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_Pflegedienst_VA_Pflegestandard Dekubitusprophylaxe_V1_20140608 Letzte Aktualisierung: 08.06.2014
8	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_Pflegedienst_VA_Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)_V1_20150828 Letzte Aktualisierung: 28.08.2015
9	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_Klinikum_VA_Organisationshandbuch Medizintechnik_V2_20170810 Letzte Aktualisierung: 10.08.2017
10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	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	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
14	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	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde 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	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_OP_DA_Ablauf zur Vermeidung von Verwechslungen bei operativen Eingriffen_V2_20150724 Letzte Aktualisierung: 24.07.2015
17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_ANÄ_SOP_Standards Anästhesie_V3_20170516 Letzte Aktualisierung: 16.05.2017
18	Entlassungsmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DK_Klinikum_VA_Entlassungsmanagement_V2_20170929 Letzte Aktualisierung: 29.09.2017

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

☑	Tumorkonferenzen
☑	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
☑	Pathologiebesprechungen
☑	Palliativbesprechungen
☑	Qualitätszirkel
☑	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:

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

Das Diakonie-Klinikum hat 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 2015 Schulungen im Rahmen des Fortbildungsprogrammes angeboten. Weiterhin finden regelmäßige Schulungen und Fallvorstellungen statt.

Was ist CIRS?

Das Critical Incident Reporting System ist ein Berichtsystem über kritische Vorkommnisse 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 Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement 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 Erhöhung der Patientensicherheit und zur Weiterentwicklung aller Mitarbeiter und 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 Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement
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[1)]
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	12[2)]
Hygienefachkräfte (HFK)	2
Hygienebeauftragte in der Pflege	26[3)]

[1)] eigener Krankenhaushygieniker
[2)] 1 hygienebeauftragter Arzt pro Abteilung
[3)] 1 hygienebeauftragte Pflegekraft pro Station bzw. Funktionsbereich

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	PD Dr. med. Lothar Jahn, Chefarzt Innere Medizin I - Klinik für Kardiologie, Angiologie, Zentrum für Herzrhythmusstörungen, Ärztlicher Direktor, Vorsitzender
Telefon:	0791 753 4413
Fax:	0791 753 4415
E-Mail:	lothar.jahn@dasdiak.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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 Antibiotikaprophylaxe 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 Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen 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 auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	31,65
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	124,26

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

	Option	Auswahl
1	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja
2	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu 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.

	Instrument bzw. Maßnahme
3	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)
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 (www.dasdiak-klinikum.de/ueber-uns/qualitaet/zsva.html)
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:

☐	AMBU-KISS
☑	CDAD-KISS
☑	HAND-KISS
☑	ITS-KISS
☐	MRSA-KISS
☑	NEO-KISS
☐	ONKO-KISS
☑	OP-KISS
☐	STATIONS-KISS
☑	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. Nach erfolgter interner Klärung erhält jeder Beschwerdeführer eine Rückmeldung. 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. http://www.dasdiak-klinikum.de/ihr-aufenthalt/ihre-meinung-ist-uns-wichtig.html	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 http://www.dasdiak-klinikum.de/ihr-aufenthalt/ihre-meinung-ist-uns-wichtig.html	Ja
8	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. Team aus mehreren Patientenfürsprechern	Ja
9	Patientenbefragungen Die Patientenbefragung findet regelmäßig 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:

Name/Funktion:	**Herr Michael Kilb, Geschäftsführer**
Telefon:	0791 753 2040
Fax:	0791 753 9992040
E-Mail:	michael.kilb@dasdiak.de

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

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

Name/Funktion:	**Frau Heidrun Isenmann, Leitung Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement**
Telefon:	0791 753 4012
Fax:	0791 753 9994012
E-Mail:	heidrun.isenmann@dasdiak.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Team Patientenfürsprecher, übergreifend
Telefon:	0791 753 4414
Fax:	0791 753 9994414
E-Mail:	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)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
	1 schnelles 64-Zeilen-CT und 1 konventionelles CT		
4	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
5	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
6	Gerät für Nierenersatzverfahren	Dialyse	Ja
7	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
8	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja
9	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	
10	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja
	in 2015 erneuert; Verfügbarkeit 24 Std. für dringende Notfälle		
11	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
12	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
13	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
14	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	
15	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	
	in der nuklearmedizinischen Praxis der Belegärzte Dr. med. Knierim und Dr. med. Calovini verfügbar		
16	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	
	in der nuklearmedizinischen Praxis der Belegärzte Dr. med. Knierim und Dr. med. Calovini verfügbar		

	Apparative Ausstattung	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar
17	Linksherzkatheterlabor (X) 2 neue Herzkatheterlabore	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja

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

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

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-Kreislauferkrankungen und Herzrhythmusstörungen. Für Patienten mit akutem Herzinfarkt steht das Herzkatheterteam 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 Vorhofohrokkluder (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	(0103) Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
2	(0100) Innere Medizin

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

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

Name/Funktion:	**Prof. Dr. med. Alexander Bauer, Chefarzt**
Telefon:	0791 753 5120
Fax:	0791 753 5122
E-Mail:	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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
Erläuterungen:	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	Defibrillatoreingriffe
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 Spezialmatrazen 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:	3793
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	485
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	423
3	I21	Akuter Myokardinfarkt	377
4	I20	Angina pectoris	334
5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	295
6	R07	Hals- und Brustschmerzen	265
7	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	183
8	R55	Synkope und Kollaps	161
9	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	117
10	I47	Paroxysmale Tachykardie	95

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	1094
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1035
3	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	876
4	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	544
5	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	503
6	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	502
7	8-835	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie	406
8	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	336
9	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	279
10	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	239
11	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	212
12	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	159
13	3-05g	Endosonographie des Herzens	93
14	1-268	Kardiales Mapping	84
15	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	66

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Kardiologische Ambulanz PD Dr. Jahn
	VI00 - Schrittmacher- und Defibrillatorenambulanz
	VI00 - Echokardiographien (auch transösophageal TEE)
	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 - Echokardiographien (auch transösophageal TEE)
	VI00 - Schrittmacher- und Defibrillatorenambulanz
	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	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	221
2	3-603	Arteriographie der thorakalen Gefäße	6
3	3-602	Arteriographie des Aortenbogens	< 4
4	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	< 4

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	17,21	16,31	0,90	1,00	16,21	234,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	9,40	8,50	0,90	0,98	8,42	450,5

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

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Geriatrie
2	Intensivmedizin Spezielle internistische Intensivmedizin

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	54,08	54,03	0,05	2,89	51,19	74,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,70	1,70	0,00	0,15	1,55	2447,1
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,09	1,09	0,00	0,14	0,95	3992,6
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	2,50	2,50	0,00	0,12	2,38	1593,7
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,92	0,92	0,00	0,04	0,88	4310,2

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

B-[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	Geriatrie 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

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

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 Submukosadissektion (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	(0107) Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
2	(0100) Innere Medizin

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

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Markus Menges, Chefarzt
Telefon:	0791 753 4401
Fax:	0791 753 4904
E-Mail:	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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
Erläuterungen:	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 Spezialmatrazen 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:	3185
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K29	Gastritis und Duodenitis	183
2	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	137
3	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	128
4	K80	Cholelithiasis	106
5	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	88
6	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	82
7	A41	Sonstige Sepsis	78
8	K57	Divertikulose des Darmes	75
9	N17	Akutes Nierenversagen	74
10	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	67

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1168
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	693
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	569
4	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	381
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	356
6	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	238
7	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	225
8	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	222
9	5-469	Andere Operationen am Darm	160
10	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	143

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)	13,00	13,00	0,00	0,77	12,23	260,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,49	5,49	0,00	0,71	4,78	666,3

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

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	33,69	33,64	0,05	0,89	32,80	97,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,57	0,57	0,00	0,05	0,52	6125,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,05	0,95	3352,6
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	2,09	2,09	0,00	0,05	2,04	1561,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,44	0,44	0,00	0,01	0,43	7407,0

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

B-[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	Geriatrie 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

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

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 eine Palliativstation mit 8 Betten 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 Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Thomas Geer, Chefarzt
Telefon:	0791 753 4403
Fax:	0791 753 4969
E-Mail:	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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
Erläuterungen:	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 Spezialmatrazen 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:	1229
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	143
2	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	85
3	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	81
4	C83	Nicht follikuläres Lymphom	60
5	C16	Bösartige Neubildung des Magens	56
6	C92	Myeloische Leukämie	48
7	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	45
8	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	38
9	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	35
10	D70	Agranulozytose und Neutropenie	24

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	326
2	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	278
3	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	216
4	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	187
5	8-547	Andere Immuntherapie	108
6	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	98
7	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	94
8	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	78
9	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	77
10	6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	48

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.). Kooperation mit Praxis für Komplementärmedizin
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)	9,44	8,64	0,80	2,55	6,89	178,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,68	4,88	0,80	2,55	3,13	392,7

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

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Diabetologie
2	Palliativmedizin

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	21,80	21,75	0,05	4,87	16,93	72,6
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,87	0,87	0,00	0,81	0,06	20483,3
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,78	0,78	0,00	0,00	0,78	1575,6
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,61	0,61	0,00	0,38	0,23	5343,5
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,43	0,43	0,00	0,38	0,05	24580,0

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

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

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

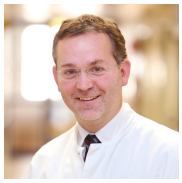
B-[3].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

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

B-[4] Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

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

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



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-Notarztdienst 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 weiterem 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	(1012) Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
2	(1028) Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
3	(1000) Pädiatrie
4	(1050) Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin

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

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. univ. Andreas Holzinger, Chefarzt
Telefon:	0791 753 4509
Fax:	0791 753 4914
E-Mail:	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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
Erläuterungen:	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	Neugeborenenscreening
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:	2755
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	352
2	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	194
3	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	121
4	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	118
5	J20	Akute Bronchitis	117
6	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	101
7	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	73
8	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	63
9	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	51
10	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	45

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	379
2	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	306
3	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	223
4	8-010	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen	213
5	8-711	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen	156
6	8-015	Enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung	142
7	9-403	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie	111
8	8-560	Lichttherapie	88

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)	19,28	19,28	0,00	3,52	15,76	174,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,47	7,47	0,00	3,13	4,34	634,8

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

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	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	Kinder-Rheumatologie

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,59	0,59	0,00	0,27	0,32	8609,4
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	50,85	50,65	0,20	0,06	50,79	54,2
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	2,00	2,00	0,00	0,00	2,00	1377,5
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,93	1,93	0,00	0,00	1,93	1427,5

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

B-[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

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

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 zertifizierten **Adipositaszentrum (DGAV)** 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 Bereichsegoismen" 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 exisiert ein OP-Simulator, der die jungen Kollegen über die virtuelle Realität an die Operation heranführt.

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Markus Golling, Chefarzt
Telefon:	0791 753 4201
Fax:	0791 753 4904
E-Mail:	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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
Erläuterungen:	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 Spezialmatrazen 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:	2168
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K40	Hernia inguinalis	255
2	K80	Cholelithiasis	201
3	K35	Akute Appendizitis	162
4	E04	Sonstige nichttoxische Struma	150
5	K57	Divertikulose des Darmes	113
6	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	90
7	K43	Hernia ventralis	86
8	E66	Adipositas	79
9	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	78
10	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	71

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-511	Cholezystektomie	294
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	292
3	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	245
4	5-469	Andere Operationen am Darm	206
5	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	180
6	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	173
7	5-063	Thyreoidektomie	130
8	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	120
9	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	97
10	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	92

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 - Rektumkarzionom
	VC24 - Tumorchirurgie
4	Adipositassprechstunde
	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	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	73
2	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	57
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	43
4	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	30
5	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	13

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)	14,31	14,31	0,00	0,45	13,86	156,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	8,31	8,31	0,00	0,37	7,94	273,0

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

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
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	39,00

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	43,86	43,76	0,10	1,69	42,17	51,4
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,07	2,07	0,00	0,06	2,01	1078,6
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,72	0,72	0,00	0,01	0,71	3053,5
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,97	1,97	0,00	0,33	1,64	1322,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,54	0,54	0,00	0,02	0,52	4169,2
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,07	1,07	0,00	0,33	0,74	2929,7

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

B-[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	Geriatrie 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

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

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
• 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

2017 wurden insgesamt 231 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	(1516) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
2	(1500) Allgemeine Chirurgie
3	(1600) Unfallchirurgie
4	(1690) Unfallchirurgie/ohne Differenzierung nach Schwerp. (II)

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

Name/Funktion:	Dr. med. Dieter Richter, Chefarzt
Telefon:	0791 753 4231
Fax:	0791 753 4903
E-Mail:	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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
Erläuterungen:	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 Spezialmatrazen 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-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	2349
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	265
2	S72	Fraktur des Femurs	221
3	S06	Intrakranielle Verletzung	218
4	S52	Fraktur des Unterarmes	204
5	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	173
6	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	161
7	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	127
8	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	101
9	L03	Phlegmone	63
10	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	50

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	285
2	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	230
3	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	223
4	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	164
5	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	117
6	5-786	Osteosyntheseverfahren	86
7	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	75
8	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	61
9	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	48
10	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	47

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

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 Osteosynthesematerial	81
2	1-697	Diagnostische Arthroskopie	14
3	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	13
4	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	< 4
5	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	< 4
6	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	< 4

Arthroskopische Operationen der Schulter werden ab 2018 von der Klinik für Orthopädie und Endoprothetik durchgeführt.

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)	12,60	12,60	0,00	2,38	10,22	229,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,79	5,79	0,00	1,68	4,11	571,5

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

B-[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	39,00

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	35,17	35,17	0,00	5,67	29,50	79,6
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,28	2,28	0,00	0,02	2,26	1039,4
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,27	0,27	0,00	0,00	0,27	8700,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,29	1,29	0,00	0,01	1,28	1835,2
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,35	0,35	0,00	0,02	0,33	7118,2
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,75	0,75	0,00	0,02	0,73	3217,8

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

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

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Operationsdienst
4	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	Geriatrie Geriatrischer Schwerpunkt
11	Diabetes Stationsübergreifend organisiert

B-[7] Orthopädie und Endoprothetik

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

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

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

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

Name/Funktion:	Herr Dr. med. Dirk Steinhagen, Chefarzt
Telefon:	0791 753 5181
Fax:	0791 753 5182
E-Mail:	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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
Erläuterungen:	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
17	Schulterchirurgie

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 Spezialmatrazen 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:	487
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	104
2	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	102
3	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	83
4	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	38
5	M19	Sonstige Arthrose	19
6	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	15
7	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	11
8	M87	Knochennekrose	10
9	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	8
10	S72	Fraktur des Femurs	8

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	152
2	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	152
3	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	130
4	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	101
5	5-786	Osteosyntheseverfahren	92
6	5-785	Implantation von alloplastischem Knochenersatz	57
7	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	56
8	5-823	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk	55
9	5-808	Arthrodese	42
10	5-821	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	40

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Orthopädische Chefarztambulanz Dr. Dirk Steinhagen
	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. Dirk Steinhagen
3	Sportorthopädie und Arthroskopie-Sprechstunde Oberarzt Dr. Swen Hingelbaum
4	Sportorthopädie und Arthroskopie-Sprechstunde Oberarzt Dr. Swen Hingelbaum
	VC66 - Arthroskopische Operationen
	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
	VO19 - Schulterchirurgie
	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie

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	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	247
2	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	65
3	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	45
4	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	10
5	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	10

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)	4,95	4,95	0,00	0,38	4,57	106,6
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,97	2,97	0,00	0,38	2,59	188,0

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

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
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	39,00

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,23	11,23	0,00	0,25	10,98	44,4
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,73	0,73	0,00	0,01	0,72	676,4

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,32	0,32	0,00	0,01	0,31	1571,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,49	0,49	0,00	0,01	0,48	1014,6
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,17	0,17	0,00	0,01	0,16	3043,8
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,22	0,22	0,00	0,01	0,21	2319,1

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

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

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	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	Geriatrie
2	Kinästhetik
3	Kontinenzmanagement
4	Schmerzmanagement
5	Stomamanagement
6	Wundmanagement
7	Bobath
8	Entlassungsmanagement
9	Diabetes Stationsübergreifend organisiert
10	Basale Stimulation

	Zusatzqualifikationen
11	Qualitätsmanagement

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

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

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

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, Doppeldaumen)
- 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	(1900) Plastische Chirurgie
3	(1551) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Florian Schober, Chefarzt
Telefon:	0791 753 5111
Fax:	0791 753 5112
E-Mail:	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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
Erläuterungen:	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 Spezialmatrazen 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:	445
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	47
2	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	41
3	E65	Lokalisierte Adipositas	34
4	L03	Phlegmone	20
5	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	19
6	M18	Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]	17
7	M19	Sonstige Arthrose	16
8	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	15
9	S66	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand	15
10	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	12

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-916	Temporäre Weichteildeckung	185
2	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	138
3	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	111
4	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	91
5	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	82
6	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	77
7	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	69
8	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	50

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	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	78
2	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	31
3	5-841	Operationen an Bändern der Hand	31
4	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	26
5	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	25
6	5-849	Andere Operationen an der Hand	20
7	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	15
8	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	12
9	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	8
10	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	7

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)	4,57	4,57	0,00	0,67	3,90	114,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,62	3,62	0,00	0,66	2,96	150,3

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

B-[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	39,00

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	10,54	10,54	0,00	2,35	8,19	54,3
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,83	0,83	0,00	0,09	0,74	601,4
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,14	0,14	0,00	0,02	0,12	3708,3
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,32	0,32	0,00	0,02	0,30	1483,3
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,18	0,18	0,00	0,04	0,14	3178,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,21	0,21	0,00	0,20	0,01	44500,0

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

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

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	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	Geriatrie
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

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

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 Röntgengesellschaft (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

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

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
Erläuterungen:	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 Spezialmatrazen 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:	1189
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	547
2	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	127
3	I83	Varizen der unteren Extremitäten	113
4	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	48
5	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	47
6	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	30
7	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	28
8	L03	Phlegmone	20

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
9	I87	Sonstige Venenkrankheiten	20
10	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	18

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-381	Endarteriektomie	457
2	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	282
3	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	271
4	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	235
5	5-916	Temporäre Weichteildeckung	222
6	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	202
7	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	107
8	5-393	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen	95
9	5-395	Patchplastik an Blutgefäßen	89
10	5-386	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme	62

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	Andere Operationen an Blutgefäßen	142
2	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	119

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)	9,22	9,22	0,00	1,96	7,26	163,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,88	5,88	0,00	1,87	4,01	296,5

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

B-[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	39,00

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	31,15	31,10	0,05	2,93	28,22	42,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,59	1,59	0,00	0,11	1,48	803,4
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,40	0,40	0,00	0,03	0,37	3213,5
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,13	1,13	0,00	0,04	1,09	1090,8

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,40	0,40	0,00	0,07	0,33	3603,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,46	0,46	0,00	0,41	0,05	23780,0

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

B-[9].11.2.1 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	Geriatrie 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

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

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 2017 wurden rd. 700 Patientinnen und Patienten mit Schlaganfällen im Diakonie-Klinikum 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 Schmerzerkrankungen (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

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

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
Erläuterungen:	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:	2452
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirninfarkt	488
2	G40	Epilepsie	238
3	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	189
4	H81	Störungen der Vestibularfunktion	140
5	G43	Migräne	111
6	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	77
7	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	64
8	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	62
9	R42	Schwindel und Taumel	59
10	R51	Kopfschmerz	48

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	1106
2	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	690
3	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	388
4	1-206	Neurographie	359
5	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	339
6	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	87
7	1-20a	Andere neurophysiologische Untersuchungen	85
8	8-020	Therapeutische Injektion	75

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
9	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	68
10	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	68

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)	13,93	13,93	0,00	0,42	13,51	181,5
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,04	6,04	0,00	0,40	5,64	434,8

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

B-[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	Geriatrie
3	Palliativmedizin
4	Spezielle Schmerztherapie

B-[10].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	25,70	25,70	0,00	1,12	24,58	99,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,37	1,37	0,00	0,56	0,81	3027,2

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,96	0,96	0,00	0,02	0,94	2608,5
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,21	1,21	0,00	0,05	1,16	2113,8
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,02	0,02	0,00	0,00	0,02	122600,0

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

B-[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	Geriatrie Geriatrischer Schwerpunkt, Akutgeriatrische Versorgung
10	Diabetes Stationsübergreifend organisiert
11	Qualitätsmanagement
12	Palliative Care
13	Stroke Unit Care

	Zusatzqualifikationen
14	Pflegeexperte Neurologie

B-[11] Urologische Klinik

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Urologische Klinik
Straße:	Diakoniestraße
Hausnummer:	10
PLZ:	74523
Ort:	Schwäbisch Hall
URL:	http://www.dasdiak-klinikum.de

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

ymphknotenentfernung
- Blase: TUR-Blase, Cystektomie mit Harnableitung, z.B. Neoblase
- Hoden: Semikastratio, ggf. RLA

Chemotherapie und zielgerichtete Tumortherapie
- 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)
- Harnleiterspiegelung (URS) mit Laserlithotripsie
- Blasensteinzertrümmerung
- Endoskopische Nierensteinzertrümmerung (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

Name/Funktion:	Priv.-Doz. Dr. med. Bernhard Brehmer, Chefarzt
Telefon:	0791 753 4731
Fax:	0791 753 4922
E-Mail:	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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
Erläuterungen:	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:	1524
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	290
2	N20	Nieren- und Ureterstein	208
3	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	121
4	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	108
5	N40	Prostatahyperplasie	108
6	D09	Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	45
7	N30	Zystitis	44
8	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	39
9	N23	Nicht näher bezeichnete Nierenkolik	36
10	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	35

B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	610
2	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	215
3	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	182
4	8-132	Manipulationen an der Harnblase	179
5	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	170
6	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	153
7	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	138
8	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	130
9	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	128
10	5-572	Zystostomie	106
11	3-13d	Urographie	17

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	Diagnostische Urethrozystoskopie	45
2	5-640	Operationen am Präputium	42
3	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	32
4	5-624	Orchidopexie	17
5	5-572	Zystostomie	13

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)	7,00	7,00	0,00	0,61	6,39	238,5
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,00	6,00	0,00	0,50	5,50	277,1

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

B-[11].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
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	39,00

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	18,70	18,43	0,27	1,00	17,70	86,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,15	2,15	0,00	0,02	2,13	715,5

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,25	1,25	0,00	0,01	1,24	1229,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,27	0,27	0,00	0,01	0,26	5861,5
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,13	0,13	0,00	0,02	0,11	13854,5
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,20	0,20	0,00	0,02	0,18	8466,7

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

B-[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	Geriatrie Geriatrischer Schwerpunkt
9	Diabetes

	Zusatzqualifikationen
	Stationsübergreifend organisiert
10	Stomamanagement Stationsübergreifend organisiert
11	Palliative Care

B-[12] Neurochirurgische Klinik

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Neurochirurgische Klinik
Straße:	Diakoniestraße
Hausnummer:	10
PLZ:	74523
Ort:	Schwäbisch Hall
URL:	http://www.neurochirurgie-sha.de

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 Gehirnkonvexität (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

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

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

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

Name/Funktion:	**Hr. Gerd Steffen, Belegarzt**
Telefon:	0791 753 4890
Fax:	0791 753 4895
E-Mail:	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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarungen 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	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
16	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien

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

Vollstationäre Fallzahl:	735
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	358
2	M48	Sonstige Spondylopathien	131
3	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	72
4	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	31
5	D16	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels	20
6	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	19
7	S06	Intrakranielle Verletzung	13
8	M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	12
9	M89	Sonstige Knochenkrankheiten	10
10	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	9

B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	475
2	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	330
3	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	231
4	5-037	Operationen an intraspinalen Blutgefäßen	209
5	5-986	Minimalinvasive Technik	182
6	5-010	Schädeleröffnung über die Kalotte	52
7	5-039	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen	51
8	5-836	Spondylodese	40
9	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	39
10	5-013	Inzision von Gehirn und Hirnhäuten	34

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].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					183,8

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

B-[12].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Neurochirurgie

B-[12].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	10,98	10,98	0,00	0,06	10,92	67,3
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	735,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,48	0,48	0,00	0,00	0,48	1531,3
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,51	0,51	0,00	0,00	0,51	1441,2
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,15	0,15	0,00	0,00	0,15	4900,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,15	0,15	0,00	0,00	0,15	4900,0

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

B-[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	Geriatrie 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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Frauenklinik
Straße:	Diakoniestraße
Hausnummer:	10
PLZ:	74523
Ort:	Schwäbisch Hall
URL:	http://www.dasdiak-klinikum.de

Die Frauen werden in unserer Klinik ganzheitlich als Einheit von Seele und Körper wahrgenommen - sei es in der Geburtshilfe oder in der Gynäkologie mit Brustzentrum, Gynäkologischem Krebszentrum und Kontinenzzentrum. 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 2017 kamen 1.293 Kinder zur Entbindung ins Diakonie-Klinikum. Die Zahl der Geburten im Diakonie-Klinikum ist seit Jahren konstant bzw. steigend.
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 mit der Neugeborenen-Intensivstation besonders gut auf die Versorgung von Früh- und Frühstgeborenen eingerichtet ist. 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.

Gynäkologie
Von der großen onkologischen Radikaloperation bei Ovarialkarzinom (Eierstockkrebs) 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
- Ambulante Antihormontherapie
- Ambulante 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 - 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. Neueste mikrochirurgische Brustrekonstruktionstechniken mit Eigengewebstransplantationen 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
- Ambulante Antikörpertherapie

Um betroffene Frauen nach den neuesten Qualitätsstandards behandeln zu können, nimmt das Gynäkologische Krebszentrum an klinischen Studien teil.

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.

B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Andreas Rempen, Chefarzt
Telefon:	0791 753 4605
Fax:	0791 753 4923
E-Mail:	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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarungen 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:	3711
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	894
2	O70	Dammriss unter der Geburt	620
3	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	246
4	Z83	Andere spezifische Krankheiten in der Familienanamnese	113
5	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	112
6	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	95
7	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	83
8	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	80
9	O65	Geburtshindernis durch Anomalie des mütterlichen Beckens	78
10	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	71

B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	1302
2	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	677
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	553
4	9-500	Patientenschulung	518
5	5-749	Andere Sectio caesarea	270
6	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	180
7	5-740	Klassische Sectio caesarea	167
8	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	146
9	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	140
10	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	136

B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Gynäkologische Sprechstunde
	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
2	Gynäkologische Privatsprechstunde
	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
3	Gynäkologische Notfallambulanz
	VG00 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des weiblichen Genitaltrakts
	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

3	Gynäkologische Notfallambulanz
	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	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	217
2	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	190
3	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	116
4	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	90
5	5-671	Konisation der Cervix uteri	63
6	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	57
7	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	27
8	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	25
9	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	20
10	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	6

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)	12,97	12,27	0,70	2,27	10,70	346,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,67	6,97	0,70	2,07	5,60	662,7

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

B-[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	39,00

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	17,66	17,66	0,00	1,77	15,89	233,5
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,27	8,27	0,00	0,15	8,12	457,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,57	0,57	0,00	0,01	0,56	6626,8
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,96	0,96	0,00	0,05	0,91	4078,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,26	10,89	0,37	0,00	11,26	329,6
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,22	0,22	0,00	0,03	0,19	19531,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,89	2,89	0,00	2,25	0,64	5798,4

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

B-[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

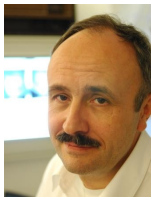
B-[13].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

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

B-[14] Hals-Nasen-Ohrenklinik

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Hals-Nasen-Ohrenklinik
Straße:	Diakoniestraße
Hausnummer:	10
PLZ:	74523
Ort:	Schwäbisch Hall
URL:	http://www.dasdiak.de



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

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

Name/Funktion:	**Dr. (univ. Conc.) Roberto Mulach, Belegarzt (bis 31.3.2017)**
Telefon:	0791 6566
Fax:	
E-Mail:	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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarungen 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:	341
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J32	Chronische Sinusitis	112
2	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	42
3	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	36
4	H71	Cholesteatom des Mittelohres	23
5	H69	Sonstige Krankheiten der Tuba auditiva	19

B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	176
2	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	132
3	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	115
4	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	39
5	5-195	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	33
6	5-202	Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr	27

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	158
2	5-202	Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr	104
3	5-200	Parazentese [Myringotomie]	85
4	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	17
5	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	10

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					170,5

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

B-[14].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Zusatzqualifiktion: "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	39,00

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,22	3,22	0,00	0,26	2,96	115,2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,37	0,37	0,00	0,01	0,36	947,2
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,24	0,24	0,00	0,01	0,23	1482,6
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,04	0,04	0,00	0,01	0,03	11366,7
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,05	0,05	0,00	0,02	0,03	11366,7
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,03	0,03	0,00	0,01	0,02	17050,0

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

B-[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	Geriatrie
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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Augenklinik
Straße:	Diakoniestraße
Hausnummer:	10
PLZ:	74523
Ort:	Schwäbisch Hall
URL:	http://www.dasdiak-klinikum.de

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

Name/Funktion:	Dr. med. Stefan Hornef, Belegarzt
Telefon:	0791 97826100
Fax:	0791 978261099
E-Mail:	info@dasdiak.de

B-[15].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-[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

Vollstationäre Fallzahl:	9
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Die hier aufgeführten Fallzahlen beziehen sich auf unsere stationären Patienten. Der Großteil unserer Patienten wird ambulant behandelt.

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	H25	Cataracta senilis	9

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	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	9

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].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					9,0

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

B-[15].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Straße:	Am Mutterhaus
Hausnummer:	1
PLZ:	74523
Ort:	Schwäbisch Hall
URL:	http://www.dasdiak-klinikum.de

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 bis10 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

Name/Funktion:	Dr. med. Helmut Harr, Chefarzt
Telefon:	0791 753 4861
Fax:	0791 753 4862
E-Mail:	psychosomatik@dasdiak.de

B-[16].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
Erläuterungen:	Zielvereinbarungen beziehen sich auf die Ertragslage des Klinikums und bestimmte Qualitätsmerkmale.

B-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	Medizinische Leistungsangebote
1	Diagnostik und Therpaie von psychisch mitbeeinflussten körperlichen Erkrankungen
2	Diagnostik und Therapie von Belastungsreaktionen, akuten Gesundheits- und Lebenskrisen
3	Diagnostik und Therapie von Problemen bei der Verarbeitung und Bewältigung körperlicher Erkrankungen
4	Diagnostik und Therapie von somatoformer Funktionsstörungen einschließlich der Schmerzsyndrome
5	Diagnostik und Therapie posttraumatischen Belastungsstörungen
6	Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen (Angst- und Panikstörung, Phobien, Zwangs- und depressive Störung mit körperlicher Begleitsymptomatik)
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:	201
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F33	Rezidivierende depressive Störung	67
2	F45	Somatoforme Störungen	36
3	F32	Depressive Episode	20
4	F40	Phobische Störungen	16
5	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	14

B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	5765
2	9-634	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	434
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	282
4	9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	145
5	9-641	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	17

B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Ambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
	VP00 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
	VP00 - Diagnostik und Therapie von Essstörungen
	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

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	0,00	0,05	3,30	60,9
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,55	2,55	0,00	0,05	2,50	80,4

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

B-[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	39,00

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,13	6,13	0,00	0,00	6,13	32,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,04	2,04	0,00	0,00	2,04	98,5

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

B-[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	3,01	3,01	0,00	0,00	3,01	66,8
Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	1,38	1,38	0,00	0,00	1,38	145,7
Ergotherapeuten	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	20100,0
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	1,03[1)]	0,40	0,63	0,00	1,03	195,1

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

[1)] außerdem Kunst-und Musiktherapeuten, Atemtherapeutin
[2)] Unterstützung der Patienten durch klinikübergreifend eingesetztes Team Sozialdienst und Überleitungspflege

B-[17] Nuklearmedizinische Klinik

B-[17].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Nuklearmedizinische Klinik
Straße:	Diakoniestraße
Hausnummer:	10
PLZ:	74523
Ort:	Schwäbisch Hall
URL:	http://www.nuklearmedizin-sha.de

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

Name/Funktion:	**Dr. med. Tanja Calovini, Belegärztin**
Telefon:	0791 80 10
Fax:	0791 85 110
E-Mail:	info@nuklearmedizin-sha.de

Name/Funktion:	**Dr. med. Andreas Knierim, Belegarzt**
Telefon:	0791 80 10
Fax:	0791 85 110
E-Mail:	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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarungen 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:	90
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	52
2	E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	36

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	8-531	Radiojodtherapie	68

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					45,0

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

B-[17].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Strahlentherapeutische Klinik
Straße:	Diakoniestraße
Hausnummer:	10
PLZ:	74523
Ort:	Schwäbisch Hall
URL:	http://www.dasdiak-klinikum.de

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

Name/Funktion:	Dr. med. Gerlo Witucki, Chefarzt
Telefon:	0791 753 4841
Fax:	0791 753 4911
E-Mail:	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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
Erläuterungen:	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

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

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)	2,70	2,70	0,00	2,26	0,44	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,70	2,70	0,00	2,26	0,44	0,0

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

B-[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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Straße:	Diakoniestraße
Hausnummer:	10
PLZ:	74523
Ort:	Schwäbisch Hall
URL:	http://www.dasdiak.de

Es geht um Ihr Gesicht - beim Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen in Spezialistenhänden.
Die hohe Qualifikation macht den Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen zum ersten Ansprechpartner für die Diagnostik und Therapie nahezu aller Erkrankungen, Verletzungen, Fehlbildungen oder Veränderungen im Gesicht und am Kiefer.

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.

Akutchirurgie und Plastische Operationen

Die Akutchirurgie 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

Name/Funktion:	**Dr. med. Dipl. med. Thomas Peschek, Belegarzt**
Telefon:	0791 753 4880
Fax:	0791 85343
E-Mail:	mkgchir@dasdiak-klinikum.de

Name/Funktion:	**Dr. med. univ. Dr. med. dent. Peter Romsdorfer, Belegarzt**
Telefon:	0791 753 4880
Fax:	0791 85343
E-Mail:	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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarungen 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:	378
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[19].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K04	Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes	91
2	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	61
3	K10	Sonstige Krankheiten der Kiefer	53
4	K12	Stomatitis und verwandte Krankheiten	26
5	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	26
6	S01	Offene Wunde des Kopfes	18
7	K05	Gingivitis und Krankheiten des Parodonts	14
8	K01	Retinierte und impaktierte Zähne	13
9	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	13

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
10	K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	10

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	Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers	271
2	5-230	Zahnextraktion	129
3	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	92
4	5-232	Zahnsanierung durch Füllung	50
5	5-242	Andere Operationen am Zahnfleisch	47
6	5-778	Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht	46
7	5-769	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	27
8	5-779	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen	27
9	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	25
10	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	25

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					189,0

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

B-[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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
Straße:	Diakoniestraße
Hausnummer:	10
PLZ:	74523
Ort:	Schwäbisch Hall
URL:	http://www.dasdiak-klinikum.de

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

Name/Funktion:	Prof. Dr. Thorsten Steinfeldt, Chefarzt
Telefon:	0791 753 4342
Fax:	0791 753 4909
E-Mail:	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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
Erläuterungen:	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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	821
2	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	597
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	587
4	8-854	Hämodialyse	385
5	8-900	Intravenöse Anästhesie	97

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

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)	31,10	30,80	0,30	2,59	28,51	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	12,02	11,72	0,30	2,43	9,59	0,0

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

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

B-[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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie
Straße:	Diakoniestraße
Hausnummer:	10
PLZ:	74523
Ort:	Schwäbisch Hall
URL:	http://www.dasdiak-klinikum.de

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 stehen moderne Angiographieanlagen mit Flachdetektor zur Verfügung. 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. Die radiologische Befundung erfolgt mit digitaler Spracherkennung.

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

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Martin Libicher, Chefarzt
Telefon:	0791 753 4801
Fax:	0791 753 4907
E-Mail:	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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarungen 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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	2876
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1665
3	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	1486
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	1321
5	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	913
6	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	788
7	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	780
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	615
9	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	550
10	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	550
11	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	541

B-[21].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Radiologische Ambulanz
	VR00 - Dialyseshunt (Angiographie, PTA)
	VR00 - diagnostische Radiologie
	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)	7,71	7,71	0,00	1,36	6,35	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,17	4,17	0,00	1,24	2,93	0,0

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

B-[21].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[22] Therapiezentrum am DIAK (Physiotherapie-Ergotherapie-Logopädie)

B-[22].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Therapiezentrum am DIAK (Physiotherapie-Ergotherapie-Logopädie)
Straße:	Diakoniestraße
Hausnummer:	13
PLZ:	74523
Ort:	Schwäbisch Hall
URL:	http://www.therapiezentrum-am-diak.de

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, Kurzwelle
• 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

Name/Funktion:	Elisabeth Lay, Abteilungsleitung
Telefon:	0791 753 9500
Fax:	0791 753 9549
E-Mail:	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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin
Straße:	Diakoniestraße
Hausnummer:	10
PLZ:	74523
Ort:	Schwäbisch Hall
URL:	http://www.dasdiak-klinikum.de

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.
In der Abteilung wird ebenfalls die Entnahme peripherer Stammzellen (Apherese) an Patienten für die autologe Stammzelltransplantation durchgeführt.

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 führt die Geschäfte 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. Zusammen mit dem leitenden Krankenhausapotheker werden klinische Visiten zur Antibiotikatherapie im Rahmen des Antibiotic Stewardship (ABS) durchgeführt.

Studierende der Universität Heidelberg werden im Rahmen des Praktischen Jahres im hiesigen Institut im Fach Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie und Transfusionsmedizin 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

Name/Funktion:	Dr. med. Jürgen Völker, Leitender Arzt
Telefon:	0791 753 4701
Fax:	0791 753 4128
E-Mail:	labor@dasdiak.de

B-[23].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-[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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	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

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)	3,50	3,00	0,50	0,93	2,57	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,50	3,00	0,50	0,93	2,57	0,0

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

B-[23].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
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

Abteilungsart:	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Apotheke/ Pharmakologie
Straße:	Diakoniestraße
Hausnummer:	10
PLZ:	74523
Ort:	Schwäbisch Hall
URL:	http://www.dasdiak-klinikum.de

Wir möchten, dass die Ärzte, Pflegekräfte und Patienten von dem umfangreichen Arzneimittelwissen profitieren, das in der Apotheke vorhanden ist.

Die Apotheke des Diakonie-Klinikums Schwäbisch Hall gGmbH stellt die Versorgung des Diakonie-Klinikums Schwäbisch Hall, des Klinikum Crailsheims und der Rettungsdienste im Landkreis sowohl mit Arzneimitteln als auch Produkten zur enteralen Ernährung, Wundauflagen und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sicher.

Das Thema Arzneimittelsicherheit ist uns wichtig. Im engen Austausch mit Klinikärzten, Pflegepersonal, Patient und Hausarzt wird eine individuell angepasste Arzneimitteltherapie ermöglicht - auch über den Klinikaufenthalt hinaus; Medikationsirrtümer werden dadurch minimiert, Therapieergebnisse weiter verbessert. Dazu nutzt das Klinikum auch ein EDV-gestütztes Arzneimittelinformationssystem als zentrale Wissensbasis. Die Mitarbeiter unserer Apotheke beraten Pflegepersonal und Ärzte des Diakonie-Klinikums sowie des Klinikums Crailsheim in allen Arzneimittelfragen, insbesondere auch -in Zusammenarbeit mit dem Leiter des Zentrallabors- bezüglich der Optimierung und des sinnvollen Einsatzes von Antibiotika.

Unsere Apotheker arbeiten darüber hinaus gemeinsam mit Medizinern in Projekten auf Station, nehmen aktiv an Visiten teil. Neben Empfehlungen zu Medikamentenauswahl, Alternativ- und Austauschpräparaten, werden ferner Hilfestellungen zu patientenindividuellen Dosierungen, unter anderem bei bestehenden Organschädigungen, wie z.B. Nieren- oder Leberinsuffizienz, angeboten.

Zusammen mit der Arzneimittelkommission legen wir Therapiestandards fest und sind Partner bei der klinischen Prüfung von Arzneimitteln.

Wir stellen eine Vielzahl von Arzneimitteln her, u. a. Ernährungslösungen und individuell dosierte Zubereitungen für Kinder, Infusionslösungen zur Schmerztherapie und Zytostatika für Krebspatienten. Dafür nutzen wir unsere modernen Reinraumlabore.

B-[24].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Apotheker Martin Scheerer, Leitung
Telefon:	0791 753 4720
Fax:	0791 753 4902
E-Mail:	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-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
1	Herzschrittmacherversor Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	113	100
2	Herzschrittmacherversor Aggregatwechsel (09/2)	15	100
3	Herzschrittmacherversor Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	15	100
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	34	100
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	19	100
6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation (09/6)	9	100
7	Karotis-Revaskularisation (10/2)	57	100
8	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	264	99,6
9	Geburtshilfe (16/1)	1271	100
10	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	97	100
11	Mammachirurgie (18/1)	226	100
12	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	317	100
13	Hüftendoprothesenverso (HEP)	213	100

	Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
14	Hüftendoprothesenverso Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	178	100
15	Hüftendoprothesenverso Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	36	100
16	Knieendoprothesenversc (KEP)	142	100
17	Knieendoprothesenversc : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	102	99
18	Knieendoprothesenversc : Knieendoprothesenwech und -komponentenwechsel (KEP_WE)	41	100
19	Neonatologie (NEO)	219	100
20	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	352	99,7

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

C-1.2.A Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden

C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1	**Komplikationen während oder aufgrund der Operation**	
	Kennzahl-ID	**1103**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 3,29 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,77 % - 0,9 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	113
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

2	**Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**51191**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,91 % - 1,03 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

3	**Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden**	
	Kennzahl-ID	**52305**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	94,27 % - 97,85 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	95,61 % - 95,76 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	411
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	426
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

4	**Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde**	
	Kennzahl-ID	**52311**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	1,39 % - 8,75 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 3,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,33 % - 1,5 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	113
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**H20** - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	Kommentar / Erläuterung	
	Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Die auffälligen Fälle wurden intern analysiert. Es gab keine Hinweise auf qualitative Mängel.

5	**Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers aufgrund eines verlangsamten Herzschlags**	
	Kennzahl-ID	**54139**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	83,93 % - 94,94 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	92,56 % - 92,93 %

	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	99
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	109
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

6	**Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem**	
	Kennzahl-ID	**54140**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	89,52 % - 97,99 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,19 % - 98,37 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	102
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	107
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

7	**Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Mehrzahl der Fälle implantiert werden sollte**	
	Kennzahl-ID	**54141**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	82,52 % - 94,16 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	96,27 % - 96,54 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	96
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	107
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

8	**Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Minderzahl der Fälle implantiert werden sollte**	
	Kennzahl-ID	**54142**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.

	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 3,47 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	0,17 % - 0,24 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	107
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

9	**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	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	2,6 % - 11,7 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 10,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,58 % - 1,77 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	6
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	107

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

10	**Komplikationen während oder aufgrund der Operation**	
	Kennzahl-ID	**1096**
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 20,39 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 1,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,06 % - 0,16 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	15
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

11	**Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts**	
	Kennzahl-ID	**51398**
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 20,39 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,18 % - 0,33 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	15
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

12	**Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden**	
	Kennzahl-ID	**52307**
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	94,8 % - 100 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	97,67 % - 97,88 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	70
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	70
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

13	**Komplikationen während oder aufgrund der Operation**	
	Kennzahl-ID	**1089**
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 20,39 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,57 % - 0,87 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	15
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

14	**Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	Kennzahl-ID	**51404**
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 4,63 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 5,63 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,86 % - 1,15 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,66
Grundgesamtheit	15
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

15	**Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden**	
	Kennzahl-ID	**52315**
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 22,81 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 3,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,6 % - 1 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	13
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

16	**Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers**	
	Kennzahl-ID	**50005**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleich-bedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	85,08 % - 99,48 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,98 % - 96,45 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	33
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	34
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

17	**Komplikationen während oder aufgrund der Operation**	
	Kennzahl-ID	**50017**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 10,15 %

	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,58 % - 0,79 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	34
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

18	**Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	Kennzahl-ID	**51186**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 14,21 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 5,98 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,93 % - 1,25 %

	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,24
	Grundgesamtheit	34
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

19	**Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden**	
	Kennzahl-ID	**52316**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	91,38 % - 98,95 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	95,79 % - 96,05 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	95
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	98
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

20	**Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde**	
	Kennzahl-ID	**52325**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 10,43 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 3,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,6 % - 0,81 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	33
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

21	**Komplikationen während oder aufgrund der Operation**	
	Kennzahl-ID	**50030**
	Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 16,82 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,18 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	19
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

22	**Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts**	
	Kennzahl-ID	**50031**
	Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 16,82 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,13 % - 0,3 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	19

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

23	**Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden**	
	Kennzahl-ID	**52321**
	Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	92,65 % - 99,42 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	98,29 % - 98,49 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	93
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	95
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

24	**Komplikationen während oder aufgrund der Operation**	
	Kennzahl-ID	**50041**
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 29,91 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,84 % - 1,27 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	9
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

25	**Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	Kennzahl-ID	**51196**
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 37,97 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 4,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,75 % - 1,04 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,07
	Grundgesamtheit	9
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

26	**Ein Problem, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht, als angebrachter Grund für eine erneute Operation**	
	Kennzahl-ID	**52001**
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 6,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	2,99 % - 3,35 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

27	**Infektion als angebrachter Grund für eine erneute Operation**	
	Kennzahl-ID	**52002**
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 6,76 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,38 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,55 % - 0,71 %

	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	53
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

28	**Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden**	
	Kennzahl-ID	**52324**
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 35,43 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 3,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,42 % - 0,8 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	7
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

29	**Technische Probleme mit dem Herzschrittmacher als angebrachter Grund für eine erneute Operation**	
	Kennzahl-ID	**52328**
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 10,07 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	3,59 % - 3,98 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

30	**Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit**	
	Kennzahl-ID	**603**
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	89,85 % - 100 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,78 % - 99,12 %

	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	34
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	34
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

31	**Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden**	
	Kennzahl-ID	**604**
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	84,54 % - 100 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	99,71 % - 99,89 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	21
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	21
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. In diesem Indikator werden neben periprozedualen 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.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 2,45 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,90 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,02 % - 1,19 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	1,47
	Grundgesamtheit	57
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

33	**Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	Kennzahl-ID	**11724**
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. In diesem Indikator werden neben periprozedualen 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.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 4,35 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 3,95 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,06 % - 1,29 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,83
	Grundgesamtheit	57
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

34	**Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit**	
	Kennzahl-ID	**51437**
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,03 % - 98,9 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	Kommentar / Erläuterung	
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

35	**Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden**	
	Kennzahl-ID	**51443**
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	99,16 % - 99,77 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

	Kommentar / Erläuterung	
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

36	**Schwerer Schlaganfall oder Tod nach dem Eingriff (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	Kennzahl-ID	**51865**
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. In diesem Indikator werden neben periprozedualen 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.
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 4,26 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,92 % - 1,2 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

	Kommentar / Erläuterung	
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

37	**Schlaganfall oder Tod während des Eingriffs (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	Kennzahl-ID	**51873**
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozedualen 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.
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,82 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,89 % - 1,11 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

	Kommentar / Erläuterung	
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

38	**Schlaganfall oder Tod nach Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit und gleichzeitiger Operation zur Überbrückung eines verengten Gefäßes**	
	Kennzahl-ID	**52240**
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. In diesem Indikator werden neben periprozedualen 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.
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	4,19 % - 10,38 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	Kommentar / Erläuterung	
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

39	**Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung**	
	Kennzahl-ID	**612**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	72,74 % - 90,06 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 72,82 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	87,34 % - 87,98 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	59
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	71
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

40	**Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung**	
	Kennzahl-ID	**10211**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 9,89 %

	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 20,00 %
	Vertrauensbereich	8,5 % - 9,4 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	35
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

41	**Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken**	
	Kennzahl-ID	**12874**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 4,28 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 5,00 %
	Vertrauensbereich	1,09 % - 1,31 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	86
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

42	**Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	Kennzahl-ID	**51906**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 5,94 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 4,18
	Vertrauensbereich	0,95 % - 1,09 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,63
	Grundgesamtheit	144
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

43	**Blasenkatheter länger als 24 Stunden**	
	Kennzahl-ID	**52283**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 5,59 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	2,67 % - 2,87 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

44	**Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren**	
	Kennzahl-ID	**52535**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	15,45 % - 24,03 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	Kommentar / Erläuterung	
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

45	**Anwesenheit einer Kinderärztin / eines Kinderarztes bei Frühgeburten**	
	Kennzahl-ID	**318**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	94,08 % - 100 %

	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,76 % - 97,17 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	61
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	61
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

46	**Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen)**	
	Kennzahl-ID	**321**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	0,2 % - 0,23 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

47	**Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung)**	
	Kennzahl-ID	**330**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	85,13 % - 100 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
	Vertrauensbereich	96,79 % - 97,52 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	22
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	22
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

48	**Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten**	
	Kennzahl-ID	**1058**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—

	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,19 % - 0,39 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

49	**Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Kaiserschnittgeburten**	
	Kennzahl-ID	**50045**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	98,75 % - 100 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
	Vertrauensbereich	98,99 % - 99,07 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	303
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	303
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

50	**Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	Kennzahl-ID	**51181**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0,18 % - 0,87 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,04 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	6
	Erwartete Ereignisse	14,93
	Grundgesamtheit	896
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

51	**Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	Kennzahl-ID	**51397**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,1 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

52	**Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand**	
	Kennzahl-ID	**51803**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0,42 % - 1,79 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,32
	Vertrauensbereich	0,94 % - 0,99 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	7
	Erwartete Ereignisse	8,04
	Grundgesamtheit	1152
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

53	**Übersäuerung des Blutes bei Frühgeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	Kennzahl-ID	**51831**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 9,03 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 5,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,9 % - 1,13 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,41
	Grundgesamtheit	108
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

54	**Kaiserschnittgeburten - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	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. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0,74 % - 0,9 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 1,25 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 0,99 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	301
	Erwartete Ereignisse	369,07
	Grundgesamtheit	1265
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

55	**Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit einer hüftgelenkerhaltenen Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet**	
	Kennzahl-ID	**54029**
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 3,81 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 4,37 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,07 % - 1,24 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	97
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

56	**Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet**	
	Kennzahl-ID	**54030**
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	9,6 % - 23,96 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 15,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	15,94 % - 16,53 %

	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	15
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	97
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**H20** - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	Kommentar / Erläuterung	
	Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Durch Anpassung der internen Prozesse wurden die Wartezeiten im Krankenhaus vor der Operation weiter verkürzt.

57	**Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	Kennzahl-ID	**54033**
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0,86 % - 2,06 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,35 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,06 % - 1,11 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	16
	Erwartete Ereignisse	11,76
	Grundgesamtheit	86
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

58	**Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	Kennzahl-ID	**54036**
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 5,91 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 4,92 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,87 % - 1,06 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,63
	Grundgesamtheit	97
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

59	**Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	Kennzahl-ID	**54040**
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 4,02 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 3,54 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,66 % - 0,79 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,92
	Grundgesamtheit	97
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,02 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,97 % - 1,04 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

61	**Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium**	
	Kennzahl-ID	**2163**
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 29,91 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,02 % - 0,16 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	9
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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

	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 18,44 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	5 % - 5,36 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

63	**Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung**	
	Kennzahl-ID	**51846**
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	96,8 % - 99,9 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,04 % - 97,28 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	172
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	173
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

64	**Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten**	
	Kennzahl-ID	**51847**
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	86,81 % - 97,43 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,83 % - 96,25 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	79
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	84
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

65	**Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund**	
	Kennzahl-ID	**52268**
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzbereichs für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	12,5 % - 24,61 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	12,89 % - 13,41 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	27
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	152

	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

66	**Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)**	
	Kennzahl-ID	**52279**
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	94,44 % - 99,82 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
	Vertrauensbereich	95,99 % - 96,47 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	97
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	98
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

67	**Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)**	
	Kennzahl-ID	**52330**
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	72,25 % - 100 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
	Vertrauensbereich	99,1 % - 99,35 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	10
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	10
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

68	**Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4)**	
	Kennzahl-ID	**52010**
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 0,02 %

	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	24400
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

69	**Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks**	
	Kennzahl-ID	**54001**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	96,71 % - 100 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	96,56 % - 96,73 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	113
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	113
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

70	**Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile**	
	Kennzahl-ID	**54002**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispiels-weise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitäts-indikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	85,47 % - 99,49 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	92,56 % - 93,17 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	34
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	35
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

71	**Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet**	
	Kennzahl-ID	**54003**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	5,32 % - 20,6 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 15,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	15,34 % - 15,93 %

	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	7
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	65
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

72	**Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden**	
	Kennzahl-ID	**54004**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	78,77 % - 89,47 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	94,9 % - 95,1 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	146
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	172
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

73	**Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus**	
	Kennzahl-ID	**54010**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	96,71 % - 100 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,95 % - 98,08 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	113
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	113
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0,63 % - 1,95 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,33 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	11
	Erwartete Ereignisse	9,78
	Grundgesamtheit	173
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

75	**Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben**	
	Kennzahl-ID	**54013**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 2,4 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	156
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

76	**Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet**	
	Kennzahl-ID	**54015**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	4,3 % - 18,71 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 24,30 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	10,85 % - 11,37 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	6
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	65
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

77	**Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen**	
	Kennzahl-ID	**54016**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 6,03 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,56 % - 1,68 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

78	**Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten**	
	Kennzahl-ID	**54017**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 17,46 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	5,93 % - 6,51 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

79	**Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet**	
	Kennzahl-ID	**54018**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 11,11 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,35 % - 4,69 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

80	**Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen**
Kennzahl-ID	**54019**
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	1,39 % - 8,75 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 7,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,34 % - 2,48 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	113
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

81	Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten	
	Kennzahl-ID	**54120**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 9,41 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 29,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	11,39 % - 12,15 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	37
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

82	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	
	Kennzahl-ID	**54020**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	94,28 % - 99,81 %

	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,56 % - 97,72 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	94
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	95
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

83	**Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks**	
	Kennzahl-ID	**54021**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	60,97 % - 100 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,65 % - 96,2 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	6
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	6
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	83,86 % - 98,65 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	90,47 % - 91,28 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	39
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	41
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

85	**Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus**	
	Kennzahl-ID	**54026**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	96,34 % - 100 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	92,29 % - 92,54 %

	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	101
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	101
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

86	**Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	Kennzahl-ID	**54028**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 4,22 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,88 % - 1 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

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

87	**Spezifische Komplikationen beim geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks**	
	Kennzahl-ID	**54124**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 3,66 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 4,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,04 % - 1,14 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	101
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

88	**Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile auftreten**	
	Kennzahl-ID	**54125**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 14,70 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	4,71 % - 5,33 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

89	**Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben**	
	Kennzahl-ID	**54127**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 3,32 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	112
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

90	**Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	Kennzahl-ID	**50050**
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 4,05 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	0,79 % - 0,97 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,84
	Grundgesamtheit	31
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

91	**Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)- unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	Kennzahl-ID	**50052**
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich hierbei um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 9,65 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	0,94 % - 1,21 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,32
	Grundgesamtheit	17
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 2,76 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	0,82 % - 0,98 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	1,2
	Grundgesamtheit	24
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

93	**Kinder mit im Krankenhaus erworbenen Infektionen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	Kennzahl-ID	**50060**
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 1,01 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,53 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,95 % - 1,05 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	3,73
	Grundgesamtheit	186
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,50 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,89 % - 0,99 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

95	**Durchführung eines Hörtests**	
	Kennzahl-ID	**50063**
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	97,31 % - 99,91 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,72 % - 97,9 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	206
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	207
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

96	**Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)**	
	Kennzahl-ID	**51076**
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 11,03 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	2,97 % - 3,64 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	31

	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

97	**Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)**	
	Kennzahl-ID	**51078**
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich hierbei um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 18,43 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	3,11 % - 3,99 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	17
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

98	**Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)**	
	Kennzahl-ID	**51079**
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 13,8 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	5,14 % - 6,12 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	24
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

99	**Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)**	
	Kennzahl-ID	**51832**
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	3,83 % - 4,57 %

	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	Kommentar / Erläuterung	
	Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Das verstorbene Kind litt an einer schweren angeborenen Grunderkrankung.

100	**Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	Kennzahl-ID	**51837**
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	0,91 % - 1,09 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

101	**Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)**	
	Kennzahl-ID	**51838**
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 11,03 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	1,25 % - 1,7 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	31
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

102	**Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	Kennzahl-ID	**51843**
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 14,14 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	1,07 % - 1,46 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,24
	Grundgesamtheit	31
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008). Für Frühgeborene zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick, Welch et al. 2004; Heller 2008; AQUA 2011). Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde ein Qualitätsindex für Frühgeborene entwickelt, in dem verschiedene zentrale Indikatoren der Ergebnisqualität für Frühgeborene gemeinsam verrechnet werden. AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2013): Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung. Stand: 18.03.2013. Göttingen: AQUA. Signatur: 13-SQG-005. URL: https://sqg.de/downloads/Themen/Strukturierter_Qualitaetsbericht/2012/QI-Prue (abgerufen am: 21.03.2018). Dimick, JB; Welch, HG; Birkmeyer, JD (2004): Surgical mortality as an indicator of hospital quality: the problem with small sample size. JAMA - Journal of the American Medical Association 292(7): 847-51. DOI: 10.1001/jama.292.7.847. Heller, G (2008): Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51(10): 1173-1182. DOI: 10.1007/s00103-008-0652-0. Swamy, GK; Østbye, T; Skjærven, R (2008): Association of preterm birth with long-term survival, reproduction, and next-generation preterm birth. JAMA - Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich (bundesweit)	= 2,08 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,02 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

104	**Wachstum des Kopfes**	
	Kennzahl-ID	**52262**
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	0 % - 9,41 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 22,20 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	9,14 % - 10,05 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	37
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

105	**Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme**	
	Kennzahl-ID	**2005**
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	92,72 % - 97,17 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,39 % - 98,48 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	335
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	351
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

106	**Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)**	
	Kennzahl-ID	**2006**
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	93,34 % - 97,58 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	333
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	347
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

107	**Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen)**	
	Kennzahl-ID	**2007**
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	96,25 % - 96,97 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

108	**Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)**	
	Kennzahl-ID	**2009**
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	87,43 % - 94,3 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,18 % - 95,35 %

	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	236
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	258
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

109	**Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben**	
	Kennzahl-ID	**2013**
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	85,57 % - 95,49 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	93,88 % - 94,13 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	112
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	122
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

110	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung	
	Kennzahl-ID	**2028**
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	91,5 % - 97,93 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,49 % - 95,68 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	158
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	165
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

111	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus	
	Kennzahl-ID	**50722**
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	92,25 % - 96,9 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	96,18 % - 96,32 %

	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	328
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	345
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

112	**Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**	
	Kennzahl-ID	**50778**
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
	Vertrauensbereich	1,01 % - 1,6 %
	Bundesergebnis	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich (bundesweit)	= 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,03 % - 1,05 %
	Fallzahl	
	Beobachtete Ereignisse	60
	Erwartete Ereignisse	46,96
	Grundgesamtheit	351
	Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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

☑	Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
☐	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**
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm
Ergebnis:	Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 und den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
Messzeitraum:	Januar bis Dezember 2017
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm

Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm
Vergleichswerte:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/brustkrebszentren.htm

Leistungsbereich:	**Gynäkologisches Krebszentrum Hohenlohe an der Frauenklinik**
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/gynzentren.htm
Ergebnis:	Zertifizierung nach DIN ISO 9001:2008 und den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
Messzeitraum:	Januar bis Dezember 2017
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/gynzentren.htm
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/gynzentren.htm
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/gynzentren.htm
Vergleichswerte:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/gynzentren.htm
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/gynzentren.htm

Leistungsbereich:	**Darmkrebszentrum Hohenlohe**
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/darmzentren.htm
Ergebnis:	Zertifizierung nach DIN ISO 9001:2008 und den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
Messzeitraum:	Januar bis Dezember 2017
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/darmzentren.htm
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/darmzentren.htm
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/darmzentren.htm
Vergleichswerte:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/darmzentren.htm
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/darmzentren.htm

Leistungsbereich:	**Prostatakarzinomzentrum Hohenlohe**

Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm
Ergebnis:	Zertifizierung nach DIN ISO 9001:2008 und den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
Messzeitraum:	Januar bis Dezember 2017
Datenerhebung:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm
Rechenregeln:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm
Referenzbereiche:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm
Vergleichswerte:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.de/prostatakrebszentren.htm
Quellenangabe:	Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Matrix unter: http://www.onkozert.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 2017
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
Vergleichswerte:	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**
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Traumaregister der DGU; Sicherheit und Qualität der Behandlung von Schwerverletzten; Prozessergebnisse im Schockraum sowie risikoadjustierter Mortalität
Ergebnis:	Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU).
Messzeitraum:	Januar bis Dezember 2017
Datenerhebung:	kontinuierlich
Rechenregeln:	http://www.traumaregister.de/

Referenzbereiche:	http://www.traumaregister.de/
Vergleichswerte:	Benchmark durch zentrale Datenbank; Auditverfahren und Qualitätsbericht
Quellenangabe:	http://www.traumaregister.de/

Leistungsbereich:	**„Anerkanntes Gefäßzentrum“ durch die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) und die Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)**
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Teilnahme am Register „Abdominelles Aortenaneurysma(AAA); Benchmark mit anderen Zentren, OP-Methode, Mortalität
Ergebnis:	Zertifizierung d. Dt. Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) u. die Dt. Röntgengesellschaft (DRG).
Messzeitraum:	Januar bis Dezember 2017
Datenerhebung:	kontinuierlich
Rechenregeln:	http://www.digg-dgg.de/qs-baa.html
Referenzbereiche:	http://www.digg-dgg.de/qs-baa.html
Vergleichswerte:	http://www.digg-dgg.de/qs-baa.html
Quellenangabe:	http://www.digg-dgg.de/qs-baa.html

Leistungsbereich:	**Qualitätssicherungsprogramm für radiologische Interventionen der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)**
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Teilnahme am bundesweiten Qualitätssicherungsverfahren, Benchmark mit anderen Zentren über Fallzahl, Zahl Erfolgs- sowie Komplikationsraten und –grade
Ergebnis:	Teilnahme ist u.a. Voraussetzung für Zertifizierung "Anerkanntes Gefäßzentrum" durch die DRG
Messzeitraum:	Januar bis Dezember 2017
Datenerhebung:	kontinuierlich
Rechenregeln:	http://www.degir.de/site/qualitaetssicherung
Referenzbereiche:	http://www.degir.de/site/qualitaetssicherung
Vergleichswerte:	http://www.degir.de/site/qualitaetssicherung
Quellenangabe:	http://www.degir.de/site/qualitaetssicherung

Leistungsbereich:	**Hernienzentrum (DHG-Siegel "qualitätsgesicherte Hernienchirurgie" der Deutschen Herniengesellschaft)**
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Teilnahme an der Qualitätssicherungsstudie Herniamed (www.herniamed.de), Erfassung u.a. von Schmerzintensität, Komplikationsraten, reoperationen
Ergebnis:	Teilnahme ist u.a. Voraussetzung für Zertifizierung als Kompetenzzentrum Hernienchirurgie
Messzeitraum:	Januar bis Dezember 2017

Datenerhebung:	kontinuierlich
Rechenregeln:	www.herniamed.de
Referenzbereiche:	www.herniamed.de
Vergleichswerte:	www.herniamed.de
Quellenangabe:	www.herniamed.de

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

	Ausnahmen	Ausnahmen	Erbrachte Menge (im Berichtsjahr)	Ausnahmen
1	Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	102	
2	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	20	
3	Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14	23	MM05 - Kein Ausnahmetatbestand

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

Strukturqualitätsvereinbarungen:

	Vereinbarung
1	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma
2	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen - Perinatalzentrum LEVEL 1

Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL:

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I. 2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt?	Ja
Nimmt das Zentrum am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie teil?	Ja
Hat das Zentrum den klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie abgeschlossen?	Nein

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	125
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	74
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	60

* 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).