



Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	6
A-0 Fachabteilungen	6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	8
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	9
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	12
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	14
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	15
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	15
A-10 Gesamtfallzahlen	15
A-11 Personal des Krankenhauses	17
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	24
A-13 Besondere apparative Ausstattung	34
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	35
B-[1] Zentrum für Intensivmedizin	36
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	36
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	36
B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin	36
B-[1].1.3 Weitere Zugänge	36
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	36
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	36

B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	37
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	37
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	37
B-[1].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	38
B-[1].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	39
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	40
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	42
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	42
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	42
B-[1].11	Personelle Ausstattung	42
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	43
B-[1].11.2	Pflegepersonal	43
B-[2]	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	45
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	45
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	45
B-[2].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin	45
B-[2].1.3	Weitere Zugänge	45
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	46
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	46
B-[2].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	46
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	47
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	47
B-[2].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	48
B-[2].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	48
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	50
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	51

B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	52
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	52
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	53
B-[2].11	Personelle Ausstattung	53
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	53
B-[2].11.2	Pflegepersonal	54
B-[3]	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	57
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	57
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	57
B-[3].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin	57
B-[3].1.3	Weitere Zugänge	57
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	57
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	57
B-[3].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	58
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	58
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	58
B-[3].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	60
B-[3].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	60
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	61
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	63
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	64
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	64
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	64
B-[3].11	Personelle Ausstattung	64
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	65
B-[3].11.2	Pflegepersonal	65

B-[4]	Medizinische Klinik I - Onkologie, Gastroenterologie, Diabetologie, Infektionskrankheiten, Palliativmedizin und Labor	68
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	68
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel	68
B-[4].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	68
B-[4].1.3	Weitere Zugänge	68
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	68
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	69
B-[4].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	70
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	70
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	70
B-[4].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	72
B-[4].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	72
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	73
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	75
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	75
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	76
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	76
B-[4].11	Personelle Ausstattung	76
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen	77
B-[4].11.2	Pflegepersonal	77
B-[5]	Medizinische Klinik II - Kardiologie, Nephrologie, Angiologie, Pneumologie und Intensivmedizin	80
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	80
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel	80
B-[5].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	80
B-[5].1.3	Weitere Zugänge	80
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	80

B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	80
B-[5].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	81
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	81
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	81
B-[5].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	82
B-[5].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	83
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	84
B-[5].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	86
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	86
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	87
B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	87
B-[5].11	Personelle Ausstattung	87
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen	87
B-[5].11.2	Pflegepersonal	88
B-[6]	Klinik für Neurologie	90
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	90
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel	90
B-[6].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin	90
B-[6].1.3	Weitere Zugänge	90
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	91
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	91
B-[6].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	92
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	92
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD	92
B-[6].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	93
B-[6].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	93

B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	95
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	96
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	97
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	97
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	97
B-[6].11	Personelle Ausstattung	98
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen	98
B-[6].11.2	Pflegepersonal	98
B-[7]	Klinik für Orthopädie- und Unfallchirurgie	100
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	100
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel	100
B-[7].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin	100
B-[7].1.3	Weitere Zugänge	100
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	101
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	101
B-[7].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	102
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	102
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD	102
B-[7].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	104
B-[7].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	104
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	105
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	107
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	107
B-[7].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	108
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	108
B-[7].11	Personelle Ausstattung	108
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen	109

B-[7].11.2	Pflegepersonal	109
B-[8]	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	112
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	112
B-[8].1.1	Fachabteilungsschlüssel	112
B-[8].1.2	Name des Chefarztes oder der Cheförztn	112
B-[8].1.3	Weitere Zugänge	112
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	113
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	113
B-[8].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	113
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	114
B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD	114
B-[8].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	115
B-[8].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	115
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	117
B-[8].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	119
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	120
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	120
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	120
B-[8].11	Personelle Ausstattung	121
B-[8].11.1	Ärzte und Ärztinnen	121
B-[8].11.2	Pflegepersonal	122
B-[8].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	123
B-[9]	Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie	125
B-[9].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	125
B-[9].1.1	Fachabteilungsschlüssel	125
B-[9].1.2	Name des Chefarztes oder der Cheförztn	125

B-[9].1.3 Weitere Zugänge	125
B-[9].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	125
B-[9].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	126
B-[9].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	126
B-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	126
B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD	127
B-[9].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	127
B-[9].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	127
B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	127
B-[9].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	129
B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	129
B-[9].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	129
B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	130
B-[9].11 Personelle Ausstattung	130
B-[9].11.1Ärzte und Ärztinnen	130
B-[10] Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin	132
B-[10].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	132
B-[10].1.1Fachabteilungsschlüssel	132
B-[10].1.2Name des Chefarztes oder der Chefarztin	132
B-[10].1.3Weitere Zugänge	132
B-[10].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	132
B-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	133
B-[10].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	134
B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	134
B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD	134
B-[10].6.1ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	134

B-[10].6.2ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	134
B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	134
B-[10].7.1OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	135
B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	136
B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	136
B-[10].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	136
B-[10].11 Personelle Ausstattung	137
B-[10].11.1.Ärzte und Ärztinnen	137
B-[11] Klinik für Urologie	139
B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	139
B-[11].1.1Fachabteilungsschlüssel	139
B-[11].1.2Name des Chefarztes oder der Chefarztin	139
B-[11].1.3Weitere Zugänge	139
B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	139
B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	140
B-[11].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	140
B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	140
B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD	140
B-[11].6.1ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	141
B-[11].6.2ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	142
B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	143
B-[11].7.1OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	145
B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	145
B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	145
B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	146
B-[11].11 Personelle Ausstattung	146
B-[11].11.1.Ärzte und Ärztinnen	146

B-[11].11..Pflegepersonal	147
B-[12] Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie	149
B-[12].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	149
B-[12].1.1Fachabteilungsschlüssel	149
B-[12].1.2Name des Chefarztes oder der Cheförztn	149
B-[12].1.3Weitere Zugänge	149
B-[12].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	150
B-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	150
B-[12].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	151
B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	151
B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD	152
B-[12].6.1ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	153
B-[12].6.2ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	153
B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	155
B-[12].7.1OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	156
B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	157
B-[12].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	157
B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	158
B-[12].11 Personelle Ausstattung	158
B-[12].11.Ärzte und Ärztinnen	158
B-[12].11..Pflegepersonal	159
B-[13] Zentrale Notaufnahme	161
B-[13].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	161
B-[13].1.1Fachabteilungsschlüssel	161
B-[13].1.2Name des Chefarztes oder der Cheförztn	161
B-[13].1.3Weitere Zugänge	161
B-[13].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	161

B-[13].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	161
B-[13].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	164
B-[13].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	164
B-[13].6	Hauptdiagnosen nach ICD	164
B-[13].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	166
B-[13].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	166
B-[13].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	167
B-[13].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	169
B-[13].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	169
B-[13].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	171
B-[13].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	171
B-[13].11	Personelle Ausstattung	172
B-[13].11.1	Ärzte und Ärztinnen	172
B-[13].11.2	Pflegepersonal	173
B-[14]	Belegklinik für Augenheilkunde	175
B-[14].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	175
B-[14].1.1	Fachabteilungsschlüssel	175
B-[14].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin	175
B-[14].1.3	Weitere Zugänge	175
B-[14].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	175
B-[14].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	175
B-[14].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	176
B-[14].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	176
B-[14].6	Hauptdiagnosen nach ICD	176
B-[14].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	176
B-[14].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	176

B-[14].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	176
B-[14].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	176
B-[14].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	176
B-[14].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	176
B-[14].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	176
B-[14].11	Personelle Ausstattung	176
B-[14].11.1	Ärzte und Ärztinnen	176
B-[14].11.2	Pflegepersonal	177
B-[15]	Belegklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	178
B-[15].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	178
B-[15].1.1	Fachabteilungsschlüssel	178
B-[15].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin	178
B-[15].1.3	Weitere Zugänge	179
B-[15].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	179
B-[15].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	179
B-[15].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	179
B-[15].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	179
B-[15].6	Hauptdiagnosen nach ICD	180
B-[15].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	180
B-[15].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	180
B-[15].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	181
B-[15].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	182
B-[15].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	183
B-[15].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	183
B-[15].11	Personelle Ausstattung	183
B-[15].11.1	Ärzte und Ärztinnen	183
B-[15].11.2	Pflegepersonal	183

B-[16]	Belegklinik für Homöotherapie	185
B-[16].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	185
B-[16].1.1	Fachabteilungsschlüssel	185
B-[16].1.2	Name des Chefarztes oder der Cheförztn	185
B-[16].1.3	Weitere Zugänge	185
B-[16].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	185
B-[16].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	186
B-[16].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	186
B-[16].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	186
B-[16].6	Hauptdiagnosen nach ICD	186
B-[16].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	187
B-[16].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	188
B-[16].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	189
B-[16].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	190
B-[16].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	191
B-[16].11	Personelle Ausstattung	191
B-[16].11.1	Ärzte und Ärztinnen	191
B-[16].11.2	Pflegepersonal	192
B-[17]	Belegklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	194
B-[17].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	194
B-[17].1.1	Fachabteilungsschlüssel	194
B-[17].1.2	Name des Chefarztes oder der Cheförztn	194
B-[17].1.3	Weitere Zugänge	194
B-[17].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	194
B-[17].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	195
B-[17].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	195

B-[17].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	195
B-[17].6	Hauptdiagnosen nach ICD	195
B-[17].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	196
B-[17].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	196
B-[17].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	196
B-[17].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	197
B-[17].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	197
B-[17].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	198
B-[17].11	Personelle Ausstattung	198
B-[17].11.1	Ärzte und Ärztinnen	198
B-[17].11.2	Pflegepersonal	198
B-[18]	Geriatrische Rehabilitationsklinik	200
B-[18].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	200
B-[18].1.1	Fachabteilungsschlüssel	200
B-[18].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin	200
B-[18].1.3	Weitere Zugänge	200
B-[18].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	200
B-[18].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	201
B-[18].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	201
B-[18].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	201
B-[18].6	Hauptdiagnosen nach ICD	201
B-[18].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	202
B-[18].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	203
B-[18].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	204
B-[18].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	204
B-[18].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	204
B-[18].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	204

B-[18].11 Personelle Ausstattung	204
B-[18].11.Ärzte und Ärztinnen	204
B-[18].11.Pflegepersonal	205
C Qualitätssicherung	207
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	207
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	309
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	309
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	309
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	310
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	310
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	310
D Qualitätsmanagement	311
D-1 Qualitätspolitik	311
D-2 Qualitätsziele	312
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	312
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements	312
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte	312
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements	312

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

alle Krankenhäuser in Deutschland sind zur Erstellung eigener Qualitätsberichte verpflichtet. Diese in regelmäßigem Turnus zu erstellenden Berichte müssen sich an strukturelle Vorgaben hinsichtlich ihres Inhalts und Umfangs orientieren und bilden damit die Grundlage für Transparenz im Leistungs- und Qualitätsvergleich von Krankenhäusern.

Für Versicherte und Patienten sollen die Qualitätsberichte der deutschen Krankenhäuser Informationen und Entscheidungshilfen im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung bieten. Gleichzeitig können sie insbesondere für Vertragsärzte und Krankenkassen als Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten dienen.

Die Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH mit ihren beiden Einrichtungen, dem Klinikum Heidenheim und der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Giengen, haben den Strukturierten Qualitätsbericht 2017 erstellt. Alle darin dargestellten Angaben beziehen sich auf das Jahr 2017, mit dem Stichtag 31. Dezember. Ausnahmen bilden zukunftsgerichtete Aussagen sowie Übersichten über aktuelle Ansprechpartner und Kontaktdaten.

Mit der vorliegenden Fassung des Strukturierten Qualitätsberichtes gibt die Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH in den Kapiteln A und B einen umfassenden Überblick über das umfangreiche Leistungsspektrum der 17 medizinischen Disziplinen im Klinikum Heidenheim sowie in der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Giengen, mit ihren Schwerpunkten und Leistungszahlen. Zu den Leistungszahlen gehören die Hauptdiagnosen, die Hauptprozeduren sowie die ambulanten Operationen, die im Jahr 2017 erbracht wurden.

Der Qualitätsbericht gewährleistet nicht die Abbildung der kompletten Leistungsdaten einer medizinischen Disziplin, da beispielsweise bei der internen Verlegung von Patienten die erbrachten Leistungen nur der Klinik zugeschlagen werden, in welcher die jeweiligen Patienten insgesamt am längsten stationär behandelt worden sind. Dies kann zu Verschiebungen in der Darstellung konservativer als auch operativer medizinischer Leistungen führen und auch Fallzahlen entsprechend verändern.

Ferner werden die vielfältigen medizinisch-pflegerischen Versorgungsangebote sowie die nichtmedizinischen Serviceangebote detailliert vorgestellt. Zu den ebenfalls bedeutenden Bewertungskriterien für eine fundierte Darstellung von messbarer Qualität gehören die zur Verfügung stehenden Ressourcen. Neben der apparativen Ausstattung mit modernen Instrumenten zur Diagnostik und Therapie zählen vor allem qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu den Voraussetzungen für hohe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Informationen über die für Patienten angebotenen Serviceleistungen sind ebenfalls Bestandteil des Qualitätsberichtes.

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind heute unverzichtbare Elemente in einem Krankenhaus. Vor allem das Thema Qualitätssicherung gewinnt zunehmend an Bedeutung wie auch der große Bereich der Patientensicherheit mit den Schwerpunkten Hygiene und Risikomanagement.

Der vorliegende Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2017 wurde nach bestem Wissen und Gewissen von allen Beteiligten erstellt.

Heidenheim, im November 2018

Einleitung

Das Klinikum Heidenheim gehört zu den großen Krankenhäusern in Baden Württemberg. Fast 60.000 Patienten werden in dem Klinikum auf Heidenheims Schlossberg vollstationär, teilstationär und ambulant jährlich versorgt. Rund 1.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stellen rund um die Uhr und an 365 Tagen im Jahr das hohe Niveau der medizinischen und pflegerischen Versorgung sicher.

Das Klinikum Heidenheim gehört zusammen mit der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Giengen zur seit 1. Januar 2006 bestehenden Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH. Der Landkreis Heidenheim ist Alleingesellschafter. In den letzten Jahren hat im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes und der Strategieplanung der Klinik-Gesellschaft folgende Leistungsprofilierung am Klinikum Heidenheim stattgefunden:

- Onkologischer Schwerpunkt Ost-Württemberg 2001
- 18 Betten Psychosomatik/ Psychotherapie 2002
- Psychiatrische Institutsambulanz 2002
- Regionales Schlaganfallzentrum in Kooperation mit dem Ostalb-Klinikum in Aalen 2004
- Regionaler Schmerzschwerpunkt 2004
- Bildung der Sektion für Gefäßchirurgie und Zertifizierung des Gefäßzentrums 2006, Rezertifizierung 2009 und 2012
- Zertifizierung des Brustzentrums 2007, Rezertifizierung 2010, 2013 und 2016
- Zertifizierung des Darmzentrums 2008, Rezertifizierung 2011, 2014 und 2017
- Gründung Lungenzentrum 2008
- Zertifizierung Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen Qualitätssiegel Geriatrie 2011, Rezertifizierung 2014 und 2017
- Inbetriebnahme Neubau Bettenhaus C 12/2012

Bis zum Jahr 2025 soll das inzwischen über 40 Jahre im Betrieb stehende Klinikum Heidenheim mit einem Kostenaufwand von über 100 Millionen Euro modernisiert werden. Die Patientenzimmer werden dann in punkto Raumangebot und im sanitären Bereich den Anforderungen der Zukunft entsprechen. Ebenso stehen Investitionen in modernste Diagnostik und Therapie an.



Klinikum Heidenheim



Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen

Verantwortungsbereiche

Ressort	Name Funktion	Telefon E-Mail
Geschäftsleitung	Diplom-Ökonom Udo Lavendel Geschäftsführer	07321.332001 (Sekretariat)
Ärztlicher Direktor	Dr. med. Jan-Peter Schenkengel Chefarzt der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin	07321.332309 (Sekretariat)
Direktor Pflege- und Prozessmanagement	Klaus M. Rettenberger Leiter des Pflegedienstes des Klinikums Heidenheim und der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Giengen	07321.332581 (Sekretariat)
Verwaltung	Robert Filter Kaufmännischer Direktor	...
Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie	Professor Dr. med. Alexander Brinkmann Chefarzt	...
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Dr. med. Carina Paschold BA, BSC Chefärztin	...
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	Dr. med. Andreas Schneider Chefarzt	...
Medizinische Klinik I	Privatdozent Dr. med. Martin Grünewald Chefarzt	...
Medizinische Klinik II	Privatdozent Dr. med. Arnold Schmidt Chefarzt (bis 31.07.2017) Prof. Dr. Daniel Walcher Chefarzt (ab 01.08.2017)	...
Klinik für Neurologie	Dr. med. Karl-Heinz Huber-Hartmann Chefarzt	...
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	Dr. med. Martin Zinkler Chefarzt	...
Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie	Dr. med. Voica Ghilescu Chefärztin	...
Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin	Dr. med. Jan-Peter Schenkengel Chefarzt	...
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Peter Helwig Chefarzt	...
Klinik für Urologie	Dr. med. Ulrich Wenderoth Chefarzt (bis 28.02.2018) Dr. med. Robert Hefty Chefarzt (ab 01.03.2018)	...
Klinik für Viszeral-,	Professor Dr. med. Andreas Imdahl	...

Qualitätsbericht 2017
Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH

Ressort	Name Funktion	Telefon E-Mail
Thorax- und Gefäßchirurgie	Chefarzt	
Belegklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	Dr. med. Thomas Reißnecker und Dr. med. Steffan Wenig, Irina Roon und Alexander Specht Belegärzte	...
Belegklinik für Homöotherapie	Dr. med. Andreas Laubersheimer Belegarzt	...
Belegklinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	Dr. med. Thomas Fröschl, Dr. med. Stefan Steckeler Belegärzte	...
Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen	Martin Nicklaus Chefarzt	...
Öffentlichkeitsarbeit	Diplom-Betriebswirt (BA) Günther Berger Unternehmenskommunikation und Presse	...
Beschwerdemanagement	Thomas Schönemeier und Stefanie Baumeister Stabsstelle Qualitätsmanagement, klinisches Risikomanagement und Beschwerdemanagement	
Telefonzentrale/Informatio	...	07321.33.0

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Udo Lavendel, Geschäftsführer
Telefon:	07321 33 2000
Fax:	07321 33 2068
E-Mail:	Sekretariat.geschaeftsfuehrung@kliniken-heidenheim.de

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Thomas Schönemeier, Leiter Stabsstelle Qualitätsmanagement, klinisches Risikomanagement und Beschwerdemanagement
Telefon:	07321 33 2293
Fax:	07321 33 2560
E-Mail:	thomas.schoenemeier@kliniken-heidenheim.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	http://www.kliniken-heidenheim.de
--------------------------------------	---

Weiterführende Links:

	URL	BESCHREIBUNG
1	www.landkreis-heidenheim.de	Landkreis Heidenheim
2	www.osp-ostwuerttemberg.de/	Onkologischer Schwerpunkt Ostwürttemberg
3	www.uni-ulm.de	Universität Ulm
4	www.heidenheim.de	Stadt Heidenheim

Datum der Erstellung des Qualitätsbericht 2017:

14.11.2018

Verwendete Software für die Erstellung der XML-Datei:

3M Qualitätsbericht

Version 2018.2.0 (Release 13.09.2018)

Copyright © 2018:

3M Medica Zweigniederlassung der 3M Deutschland GmbH

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	3600	Zentrum für Intensivmedizin
2	Hauptabteilung	2400	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
3	Hauptabteilung	1000	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
4	Hauptabteilung	0107	Medizinische Klinik I - Onkologie, Gastroenterologie, Diabetologie, Infektionskrankheiten, Palliativmedizin und Labor
5	Hauptabteilung	0103	Medizinische Klinik II - Kardiologie, Nephrologie, Angiologie, Pneumologie und Intensivmedizin
6	Hauptabteilung	2800	Klinik für Neurologie
7	Hauptabteilung	1600	Klinik für Orthopädie- und Unfallchirurgie
8	Hauptabteilung	2900	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
9	Nicht-Bettenführend	3300	Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie
10	Nicht-Bettenführend	3751	Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin
11	Hauptabteilung	2200	Klinik für Urologie
12	Hauptabteilung	1500	Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
13	Hauptabteilung	0100	Zentrale Notaufnahme
14	Belegabteilung	2700	Belegklinik für Augenheilkunde
15	Belegabteilung	2600	Belegklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
16	Belegabteilung	0154	Belegklinik für Homöotherapie
17	Belegabteilung	3500	Belegklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
18	Hauptabteilung	0200	Geriatrische Rehabilitationsklinik

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH
PLZ:	89522
Ort:	Heidenheim
Straße:	Schloßhaustraße

Hausnummer:	100
IK-Nummer:	260811498
Standort-Nummer:	0
Krankenhaus-URL:	http://www.Kliniken-Heidenheim.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Udo Lavendel, Geschäftsführer
Telefon:	07321 33 2001
Fax:	07321 33 2068
E-Mail:	sekretariat.geschaefsfuehrung@kliniken-heidenheim.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. Jan-Peter Schenkengel, Ärztlicher Direktor
Telefon:	07321 33 2309
Fax:	07321 33 2308
E-Mail:	jan-peter.schenkengel@kliniken-heidenheim.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Klaus M. Rettenberger, Direktor Pflege- und Prozessmanagement
Telefon:	07321 33 2500
Fax:	07321 33 2560
E-Mail:	sekretariat.pflegedirektion@kliniken-heidenheim.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Robert Filter, Kaufmännischer Direktor
Telefon:	07321 33 2006
Fax:	07321 33 2068
E-Mail:	Robert.filter@kliniken-heidenheim.de

A-1.2 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Landkreis Heidenheim
Träger-Art:	öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

1 | Universität Ulm

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale
Versorgungsverpflichtung?

Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Akupressur <i>Wird von den Hebammen im Kreißaal durchgeführt</i>
2	Akupunktur <i>Wird von den Hebammen im Kreißaal durchgeführt; Ohrakupunktur nach NADA in der Psychiatrie;</i>
3	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <i>Schulungsangebote für pflegende Angehörige</i>
4	Atemgymnastik/-therapie
5	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern <i>Hotspot</i>
6	Basale Stimulation <i>Kinderklinik</i>
7	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung <i>Rehabilitationsberatung</i>
8	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>Palliativstation</i>
9	Bewegungsbad/Wassergymnastik
10	Sporttherapie/Bewegungstherapie
11	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
12	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
13	Diät- und Ernährungsberatung
14	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
15	Ergotherapie/Arbeitstherapie <i>Psychiatrie, Neurologie, Geriatrische Rehabilitation</i>
16	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege <i>Bezugspflege (Psychiatrie)</i>
17	Fußreflexzonenmassage
18	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
19	Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie <i>Psychiatrie</i>
20	Kinästhetik
21	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung <i>Gynäkologie, Urologie, Medizinische Klinik 1</i>
22	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Kunsttherapie im Palliativbereich und in der Psychiatrie, einmal pro Woche in der Kinderklinik,</i>
23	Manuelle Lymphdrainage
24	Massage
25	Medizinische Fußpflege
26	Musiktherapie <i>Psychiatrie</i>
27	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie <i>Homöotherapie</i>
28	Physikalische Therapie/Bädertherapie
29	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
30	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse <i>Nichtraucherкурse</i>
31	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>Psychoonkologische Beratung und Betreuung</i>
32	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik <i>Neurologie</i>
33	Säuglingspflegekurse
34	Schmerztherapie/-management
35	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
36	Spezielle Entspannungstherapie <i>Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Feldenkrais</i>
37	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen <i>z. B. Unterwassergeburten, spezielle Kursangebote</i>
38	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>Pflegeexperten</i>
39	Stillberatung <i>Geburtshilfe</i>
40	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>Kooperation mit niedergelassenen Logopäden</i>
41	Stomatherapie/-beratung <i>Kooperation mit Sanitätshäusern</i>
42	Traditionelle Chinesische Medizin
43	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>Kooperation mit Sanitätshäusern</i>
44	Wärme- und Kälteanwendungen

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
45	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
46	Wundmanagement
47	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen <i>Frauenselbsthilfe nach Krebs, ILCO</i>
48	Aromapflege/-therapie
49	Asthmaschulung
50	Audiometrie/Hördiagnostik
51	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
52	Biofeedback-Therapie
53	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
54	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
55	Redressionstherapie
56	Snoezelen <i>Psychiatrie</i>
57	Sozialdienst
58	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
59	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien <i>Schreiambulanz (Kinderklinik), Kinder- und jugendpsychologischer Konsil- und Liaisondienst (Psychiatrie)</i>
60	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
61	Eigenblutspende

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>Kopfhörer kann kostenpflichtig erworben werden</i>
2	Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
3	Mutter-Kind-Zimmer
4	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen <i>Max. Kosten pro Stunde: 1,5 €</i> <i>Max. Kosten pro Tag: 7,5 €</i>

LEISTUNGSANGEBOT	
5	Schwimmbad/Bewegungsbad
6	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
7	Geldautomat
8	Telefon am Bett <i>Kosten pro Tag: 1,6 €</i> <i>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,07 €</i> <i>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i>
9	Zwei-Bett-Zimmer
10	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
11	Ein-Bett-Zimmer
12	Andachtsraum
13	Internetanschluss am Bett/im Zimmer
	<i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
	<i>WLAN im gesamten Haus</i>
14	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
15	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
	<i>Bettenhaus C</i>
16	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
	<i>Bettenhaus C</i>
17	Seelsorge
18	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)
	<i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: SchweinefleischfreiVegetarischMediterran</i>
19	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
20	Rooming-in
21	Rundfunkempfang am Bett
	<i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
22	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer
	<i>Bettenhaus C</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Arbeit mit Piktogrammen
2	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung <i>Im Neubau Bettenhaus C</i>
3	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>Türkisch, Russisch, Englisch, Griechisch, Italienisch, Niederländisch, Polnisch, Rumänisch, Serbisch, Kroatisch, Tschechisch,</i>
4	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) <i>Auf Anforderung</i>
5	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung <i>Strukturiertes Wegeleitsystem</i>
6	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
7	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe <i>Auf Anforderung verfügbar</i>
8	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische <i>Zwei OP-Säle sind eingerichtet für Patienten mit einem Gewicht bis zu 225 kg; spezielles Instrumentarium ist vorhanden.</i>
9	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug <i>Im Neubau Bettenhaus C</i>
10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
11	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
12	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette <i>Im Neubau Bettenhaus C sowie in der Geriatrischen Reha-Klinik</i>
13	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. <i>Im Neubau Bettenhaus C sowie in der Geriatrischen Reha-Klinik</i>
14	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden <i>Muslimischer Gebetsraum</i>

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

	AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN
1	Doktorandenbetreuung <i>Prof. Dr. Brinkmann (Dr. med., Dr. biol. hum.), PD Dr. Grünewald, Prof. Dr. Imdahl, Dr. Laubersheimer, Dr. Schneider, Prof. Dr. Helwig, Prof. Dr. Walcher</i>
2	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten <i>Prof. Dr. Brinkmann: Lehrauftrag Uni Ulm; Prof. Dr. Imdahl: APL Professur Uni Freiburg; Prof. Dr. Walcher: Lehrauftrag Uni Ulm; PD Dr. Grünewald: Lehrauftrag Uni Ulm; N. Pfeufer: Dozent Asmara Medical College, Bugando Medical Center, Tansania, Prof. Dr. Helwig: APL Professur Uni Freiburg</i>
3	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher <i>Prof. Dr. Imdahl: Schriftleiter MMW-FdM; Dr. Zinkler: Mitherausgeber Recht und Psychiatrie; Dr. Ghilescu: Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen, Wissenschaftlicher Reviewer für die Zeitschrift ONCOLOGY RESEARCH AND TREATMENT;</i>
4	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten <i>TDM-Projekt (Uni Ulm, Uni Jena (CSCC), Uni Queensland, Brisbane, Australien, Uni Tübingen, Uni Heidelberg) Brenda-Projekt (Uni Ulm); für MKG-Klinik Tübingen; Forschungskooperation Unfallchirurgie / Uni Ulm; Hygiene-Projekt (Uni Ulm Psychologie, Fa. Hartmann)</i>
5	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) <i>i. R. des Akademischen Lehrkrankenhauses der Universität Ulm in allen Kliniken</i>
6	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien <i>Studie Non-Hodgkin- Lymphom niedriger Malignität; Deutsche Hodgkin Lymphom Studiengruppe HD 15-18; Emanate Studie bei Vorhofflimmern; TARGET-Studie;</i>

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

	AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin <i>Schule für Gesundheits- und Krankenpflege mit 93 Ausbildungsplätzen in drei Kursen, davon je Kurs bis zu 4 Studienplätze an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg, Studiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung.</i>
2	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) <i>In Kooperation mit Universitätsklinikum Ulm</i>

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 568

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	22719
Teilstationäre Fallzahl:	473
Ambulante Fallzahl:	28523

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	169,93	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
---------	--------	---	-------

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit: 169,28	Ohne: 0,65
--------------------------------	--------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 14,24	Stationär: 155,69
------------------	------------------------	--------------------------

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	82,59
---------	-------

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit: 82,59	Ohne: 0,00
--------------------------------	-------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 7,29	Stationär: 75,30
------------------	-----------------------	-------------------------

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	7
---------------------	---

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

Gesamt:	2,00
---------	------

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit: 2,00	Ohne: 0,00
--------------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,00
------------------	-----------------------	------------------------

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

Gesamt:	2,00
---------	------

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit: 2,00	Ohne: 0,00
--------------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,00
------------------	-----------------------	------------------------

A-11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	394,60		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	393,01	Ohne: 1,59
Versorgungsform:	Ambulant:	34,45	Stationär: 360,15

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	63,30		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	62,60	Ohne: 0,70
Versorgungsform:	Ambulant:	4,51	Stationär: 58,79

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	36,66		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	36,58	Ohne: 0,08
Versorgungsform:	Ambulant:	2,52	Stationär: 34,14

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,75		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0,75	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,75

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	4,78		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	4,78	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,17	Stationär: 4,61

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,50		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,50	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,50	

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	2,76		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,76	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,10	Stationär: 2,66	

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,65		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,65	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,65	

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	9,60		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 9,60	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 9,60	

BELEGENTBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES

Anzahl in Personen:	0
---------------------	---

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	9,12		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 9,12	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,12	Stationär: 9,00	

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	7,40
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 7,40	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 7,40

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	40,95	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 40,95	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 4,28	Stationär: 36,67

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	36,41	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 36,41	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 2,60	Stationär: 33,81

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

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN

Gesamt:	2,47	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,47	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,18	Stationär: 2,29

KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	

PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOTHERAPEUTINNEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHERAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00	

ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt:	3,25		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,25	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,23	Stationär: 3,02	

BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt:	1,14		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,14	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,10	Stationär: 1,04	

SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	3,17		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,17	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,23	Stationär: 2,94	

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

DIÄTASSISTENT UND DIÄTASSISTENTIN

Gesamt:	3,87		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,87	Ohne: 0,00	

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 3,87

ERGOTHERAPEUT UND ERGOTHERAPEUTIN

Gesamt: 6,05

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 6,05 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,43 **Stationär:** 5,62

ERZIEHER UND ERZIEHERIN

Gesamt: 1,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 1,00

HEILERZIEHUNGSPFLEGER UND HEILERZIEHUNGSPFLEGERIN

Gesamt: 3,95

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 3,95 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 3,95

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTIN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00

KUNSTTHERAPEUT UND KUNSTTHERAPEUTIN

Gesamt: 0,33

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,33 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,33

MASSEUR/MEDIZINISCHER BADEMEISTER UND MASSEURIN/MEDIZINISCHE BADEMEISTERIN

Gesamt: 3,90

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 3,90 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,28 **Stationär:** 3,62

MEDIZINISCH-TECHNISCHER ASSISTENT FÜR FUNKTIONSDIAGNOSTIK UND MEDIZINISCH-TECHNISCHE ASSISTENTIN FÜR FUNKTIONSDIAGNOSTIK (MTAF)

Gesamt: 1,25

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,25 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 1,25

MEDIZINISCH-TECHNISCHER LABORATORIUMSASSISTENT UND MEDIZINISCH-TECHNISCHE LABORATORIUMSASSISTENTIN (MTLA)

Gesamt: 13,27

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 13,27 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,95 **Stationär:** 12,32

MEDIZINISCH-TECHNISCHER RADIOLOGIEASSISTENT UND MEDIZINISCH-TECHNISCHE RADIOLOGIEASSISTENTIN (MTRA)

Gesamt: 16,29

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 16,29 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 1,16 **Stationär:** 15,13

MUSIKTHERAPEUT UND MUSIKTHERAPEUTIN

Gesamt: 1,01

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,01 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 1,01

PHYSIOTHERAPEUT UND PHYSIOTHERAPEUTIN

Gesamt: 15,18

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 15,18 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 1,08 **Stationär:** 14,10

DIPLOM-PSYCHOLOGE UND DIPLOM-PSYCHOLOGIN

Gesamt: 2,05

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 2,05 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,15 **Stationär:** 1,90

SOZIALARBEITER UND SOZIALARBEITERIN

Gesamt: 6,58

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 6,58 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,47 **Stationär:** 6,11

NOTFALLSANITÄTERINNEN UND -SANITÄTER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE)

Gesamt: 5,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 5,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,36 **Stationär:** 4,64

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Thomas Schönemeier, Leiter Stabsstelle Qualitätsmanagement, klinisches Risikomanagement und Beschwerdemanagement
Telefon:	07321 33 2293
Fax:	07321 33 2560
E-Mail:	thomas.schoenemeier@kliniken-heidenheim.de

A-12.1.2 Lenkungsremium

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

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Geschäftsleitung, Medizinische Klinik 1, Medizincontrolling, Qualitäts- und Risikomanagement, Betriebsrat, IT-Bereich, Apotheke, Beschwerdemanagement
Tagungsfrequenz des Gremiums:	andere Frequenz

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 Lenkungsremium

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

ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikomanagement-Handbuch Letzte Aktualisierung: 04.09.2017</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
5	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandard Schmerzmanagement, Fachklinikspezifische Schmerzkonzepte Letzte Aktualisierung: 03.08.2017</i>
6	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandard Sturzprophylaxe Letzte Aktualisierung: 29.03.2017</i>
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandard Dekubitusprophylaxe Letzte Aktualisierung: 01.07.2016</i>
8	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
9	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
10	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
11	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
12	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
13	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
14	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
15	Entlassungsmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
16	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Tumorkonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Pathologiebesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Palliativbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Qualitätszirkel
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere: Fallbesprechung Geriatrische Rehabilitation

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 03.05.2018</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: halbjährlich</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: bei Bedarf</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	andere Frequenz
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	OP-Checkliste, Checkliste Aufklärungspflichtige Untersuchungen mit Team-Time-Out, Patientenidentifikationsbänder, Vier-Augen-Prinzip bei der Medikamentenstellung,

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Ja
--	----

Genutzte Systeme:

	BEZEICHNUNG
1	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
2	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
3	EF00: CIRSmedical.de

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	andere Frequenz

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerinnen	1
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	22
Hygienefachkräfte (HFK)	3

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Dr. Jan-Peter Schenkengel, Ärztlicher Direktor, Chefarzt der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin
Telefon:	07321 33 2309
Fax:	07321 33 2308
E-Mail:	jan-peter.schenkengel@kliniken-heidenheim.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

	OPTION	AUSWAHL
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	A
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

	OPTION	AUSWAHL
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 Wundaufgabe	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	29
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	86

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

	OPTION	AUSWAHL
1	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja

	OPTION	AUSWAHL
2	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
2	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
3	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
4	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: MRE-Netzwerk Heidenheim</i>

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

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
2	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
3	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
4	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
5	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
6	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Nein
7	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
8	Patientenbefragungen	Ja
9	Einweiserbefragungen	Ja
10	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Reiner Otzipka , Beschwerdemanager, Stellvertretender Krankenhausdirektor und Bereichsleiter Organisation
Telefon:	07321 33 2003
Fax:	07321 33 2068
E-Mail:	Reiner.Otzipka@kliniken-heidenheim.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	Nein
3	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
4	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
5	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
6	Gerät für Nierenersatzverfahren	Geräte für Nierenersatzverfahren	Ja
7	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
8	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja
9	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	
10	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	
11	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja
12	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
13	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
14	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	
15	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
16	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Zentrum für Intensivmedizin

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

Die Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie ist ein zentraler Dienstleister am Klinikum Heidenheim mit einem Schwerpunkt im Bereich der operativen Medizin. Dazu gehören die anästhesiologische Betreuung vor, während und nach einer Operation, die intensivmedizinische Betreuung schwerkranker, chirurgischer Patienten, die akute und chronische Schmerztherapie sowie die Notfallmedizin, die die innerklinische und außerklinische Behandlung akuter, lebensbedrohlicher Krankheitsbilder beinhaltet.

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Zentrum für Intensivmedizin
Straße:	Schloßhausstraße
Hausnummer:	100
PLZ:	89522
Ort:	Heidenheim
URL:	http://www.Kliniken-Heidenheim.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3600) Intensivmedizin
2	(3650) Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3	(3753) Schmerztherapie

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

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Alexander Brinkmann, Chefarzt
Telefon:	07321 33 2212
Fax:	07321 33 2210
E-Mail:	info@kliniken-heidenheim.de

B-[1].1.3 Weitere Zugänge

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:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Notfallmedizin
2	Intensivmedizin
3	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
4	Chirurgische Intensivmedizin
5	Dialyse
6	Anästhesiologische Tätigkeiten für die operativen Disziplinen des Klinikums Heidenheim (Zentral-OP und Außenstellen)
7	Postoperativer Schmerzdienst
8	Schmerztherapie für stationäre und ambulante Versorgungsstrukturen
9	Prämedikationsambulanz
10	Plasmapherese

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	395
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	18
2	A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis	17
3	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	16
4	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	11
5	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	10
6	I46.1	Plötzlicher Herztod, so beschrieben	8
7	A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus	8
8	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	7
9	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	7
10	T42.4	Vergiftung: Benzodiazepine	6

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	5
12	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	5
13	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	5
14	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	4
15	T43.4	Vergiftung: Neuroleptika auf Butyrophenon- und Thioxanthen-Basis	4
16	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	4
17	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	4
18	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	4
19	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	4
20	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	4
21	I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	4
22	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	4
23	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	4
24	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	< 4
25	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	< 4
26	J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas	< 4
27	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	< 4
28	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
29	A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken	< 4
30	R57.0	Kardiogener Schock	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I21	Akuter Myokardinfarkt	36
2	A41	Sonstige Sepsis	35
3	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	17
4	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	17
5	T43	Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert	14
6	I50	Herzinsuffizienz	13

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	I46	Herzstillstand	12
8	S72	Fraktur des Femurs	12
9	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	11
10	S06	Intrakranielle Verletzung	10

B-[1].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	18
2	A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis	17
3	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	16
4	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	11
5	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	10
6	A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus	8
7	I46.1	Plötzlicher Herztod, so beschrieben	8
8	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	7
9	I50.1	Linksherzinsuffizienz	7
10	S72.0	Schenkelhalsfraktur	6
11	T42.4	Vergiftung: Benzodiazepine	6
12	J44.1	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	6
13	I50.0	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	5
14	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	5
15	I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	4
16	I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien	4
17	T43.4	Vergiftung: Neuroleptika auf Butyrophenon- und Thioxanthen-Basis	4
18	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
19	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	4
20	S72.1	Femurfraktur: Intertrochantär	4
21	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	4
22	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	4
23	N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	4
24	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	4
25	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	4
26	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	< 4
27	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	< 4
28	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
29	R57.0	Kardiogener Schock	< 4
30	A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken	< 4

B-[1].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	3079
2	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	799
3	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	717
4	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	659
5	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	495
6	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	460
7	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	377
8	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	330

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	8-701	Einfache endotracheale Intubation	201
10	8-911	Subarachnoidale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	194
11	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	118
12	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	87
13	8-900	Intravenöse Anästhesie	83
14	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	55
15	8-779	Andere Reanimationsmaßnahmen	49
16	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	43
17	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	42
18	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	36
19	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	36
20	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	29
21	8-607.4	Hypothermiebehandlung: Nicht invasive Kühlung durch Anwendung eines sonstigen Kühlpad- oder Kühlelementesystems	20
22	8-98f.11	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	18
23	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	17
24	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	17
25	1-206	Neurographie	14
26	8-98f.20	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	13
27	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	12
28	8-812.51	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE	12
29	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	12

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	8-83b.08	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	12

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	3079
2	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	891
3	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	788
4	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	717
5	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	495
6	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	460
7	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	377
8	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	330
9	8-701	Einfache endotracheale Intubation	201
10	8-911	Subarachnoidale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	194

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	SCHMERZAMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VX00 - Schmerzambulanz
	<i>Ambulante Betreuung von Patienten mit chronischen Schmerzen</i>

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	23,65	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 23,65	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,69	Stationär:	21,96
		Fälle je Anzahl:	18,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	11,76		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 11,76	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,84	Stationär:	10,92
		Fälle je Anzahl:	36,2

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Spezielle Schmerztherapie
4	Palliativmedizin
5	Ärztliches Qualitätsmanagement

B-[1].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	47,92		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit: 47,92	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 3,42	Stationär: 44,50	Fälle je Anzahl: 8,9

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Praxisanleitung
4	Hygienebeauftragte in der Pflege

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Kinästhetik
2	Schmerzmanagement
3	Wundmanagement
4	Atmungstherapie

B-[2] Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Durch neue Forschungsergebnisse und neue Operationstechniken unterliegt die Frauenheilkunde einem steten Wandel. Im Falle bösartiger Erkrankungen spielt neben der durchzuführenden Operation die medikamentöse Nachbehandlung eine immer entscheidendere Rolle. Die hierfür notwendigen Therapieentscheidungen orientieren sich an weltweit anerkannten Therapiestandards. Während der Geburt wird vom geburtshilflichen Team der Klinik größter Wert auf eine einfühlsame, individuelle Betreuung gelegt. Nicht zuletzt wird diese durch unterschiedliche Entbindungsbetten, über Gebärhocker bis hin zur Gebärvanne ermöglicht.

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Straße:	Schloßhaustraße
Hausnummer:	100
PLZ:	89522
Ort:	Heidenheim
URL:	http://www.Kliniken-Heidenheim.de

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Name/Funktion:	Dr. med. Carina Paschold, B.A., B.Sc., Chefärztin
Telefon:	07321 33 2242
Fax:	07321 33 2240
E-Mail:	info@kliniken-heidenheim.de

B-[2].1.3 Weitere Zugänge

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:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
2	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
4	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
5	Endoskopische Operationen
6	Gynäkologische Chirurgie
7	Inkontinenzchirurgie
8	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
9	Betreuung von Risikoschwangerschaften
10	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
11	Geburtshilfliche Operationen
12	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
13	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
14	Urogynäkologie
15	Ambulante Entbindung
16	Spezialprechstunde <i>Urogynäkologische Sprechstunde, Dopplersprechstunde, Brustsprechstunde, Sterilitätssprechstunde</i>
17	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>Schwangerschafts- und Still-Informationsabende, Kreißsaalbesichtigung</i>

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	2949
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	735
2	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	221
3	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	136
4	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	99
5	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	73
6	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	71
7	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	57
8	O80	Spontangeburt eines Einlings	51
9	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	45
10	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	41
11	O99.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	32
12	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	31
13	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	30
14	O34.38	Betreuung der Mutter bei sonstiger Zervixinsuffizienz	27
15	N92.1	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei unregelmäßigem Menstruationszyklus	26
16	O36.5	Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung	26
17	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	25
18	P22.1	Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen	24
19	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	23
20	O71.4	Hoher Scheidenriss unter der Geburt	23
21	N81.1	Zystozele	22
22	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	21

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	20
24	O24.4	Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend	20
25	O41.8	Sonstige näher bezeichnete Veränderungen des Fruchtwassers und der Eihäute	20
26	N93.8	Sonstige näher bezeichnete abnorme Uterus- oder Vaginalblutung	19
27	O64.0	Geburtshindernis durch unvollständige Drehung des kindlichen Kopfes	19
28	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	18
29	P22.8	Sonstige Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen	17
30	O69.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurumschlingung des Halses mit Kompression der Nabelschnur	17

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	746
2	O42	Vorzeitiger Blasensprung	244
3	O70	Dammriss unter der Geburt	180
4	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	176
5	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	134
6	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	77
7	N81	Genitalprolaps bei der Frau	67
8	D25	Leiomyom des Uterus	62
9	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	56
10	O80	Spontangeburt eines Einlings	51

B-[2].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	735
2	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	221

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
3	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	136
4	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	99
5	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	73
6	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	71
7	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	57
8	O80	Spontangeburt eines Einlings	51
9	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	45
10	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	41
11	O34.3	Betreuung der Mutter bei Fruchtblasenprolaps	38
12	O99.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	32
13	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	31
14	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	30
15	N92.1	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei unregelmäßigem Menstruationszyklus	26
16	O36.5	Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung	26
17	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	25
18	P22.1	Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen	24
19	O71.4	Hoher Scheidenriss unter der Geburt	23
20	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	23
21	N81.1	Zystozele	22
22	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	21
23	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	20
24	O41.8	Sonstige näher bezeichnete Veränderungen des Fruchtwassers und der Eihäute	20

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
25	O24.4	Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend	20
26	O26.8	Karpaltunnel-Syndrom während der Schwangerschaft	19
27	O64.0	Geburtshindernis durch unvollständige Drehung des kindlichen Kopfes	19
28	N93.8	Sonstige näher bezeichnete abnorme Uterus- oder Vaginalblutung	19
29	O42.1	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn nach Ablauf von 1 bis 7 Tagen	19
30	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	18

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	944
2	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	332
3	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	298
4	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	214
5	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	153
6	5-657.62	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	127
7	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	116
8	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	114
9	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	111
10	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	109
11	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	108
12	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	106
13	5-569.31	Andere Operationen am Ureter: Ureterolyse (ohne intraperitoneale Verlagerung): Laparoskopisch	80
14	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	79

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	5-682.02	Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Endoskopisch (laparoskopisch)	75
16	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	75
17	8-010.3	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen: Intravenös, kontinuierlich	71
18	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	70
19	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	70
20	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	70
21	5-549.5	Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage	69
22	5-681.4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Morcellieren des Uterus als Vorbereitung zur Uterusexstirpation	63
23	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	58
24	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	54
25	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	50
26	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	46
27	5-683.03	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	36
28	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	35
29	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	34
30	5-932.00	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung	34

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	990
2	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	390
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	332
4	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	298
5	5-749	Andere Sectio caesarea	293

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	5-738	Episiotomie und Naht	222
7	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	197
8	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	119
9	5-661	Salpingektomie	118
10	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	116

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	SPEZIALSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
	VG16 - Urogynäkologie
2	PRIVATSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
3	VOR- UND NACHSTATIONÄR
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
4	ZNA
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Versorgung über die Zentrale Notaufnahme (ZNA)</i>
5	DMP
	Ambulanz im Rahmen von DMP
	<i>Brustkrebs</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	262
2	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	209

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	189
4	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	34
5	5-671	Konisation der Cervix uteri	22
6	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	15
7	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	15
8	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	12
9	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	11
10	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	7

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

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	12,42	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 12,42	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,89	Stationär:	11,53
		Fälle je Anzahl:	255,8

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	6,58		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 6,58	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,47	Stationär:	6,11
		Fälle je Anzahl:	482,7

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
3	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Medikamentöse Tumorthherapie

B-[2].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	14,42		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 14,42	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 1,03	Stationär: 13,39	
		Fälle je Anzahl: 220,2	

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	4,86		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 4,86	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,35	Stationär: 4,51	
		Fälle je Anzahl: 653,9	

KRANKENPFLEGEHELPER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,50			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,50	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,50
				Fälle je Anzahl:

PFLEGEHELPER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,40			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,40	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,40
				Fälle je Anzahl:

ENTBINDUNGSPFLERGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	9,60			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	9,60	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	9,60
				Fälle je Anzahl:

B-[2].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	Praxisanleitung
4	Hygienebeauftragte in der Pflege

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Kinästhetik
2	Schmerzmanagement
3	Palliative Care
4	Breast Care Nurse
5	Still- und Laktationsberatung

B-[3] Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

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

Die Klinik versteht sich mit allen ihren Mitarbeitern als Ansprechpartner für Kinder- und Jugendliche mit akuten und chronischen Erkrankungen. Sie wollen mit dem Patienten und seinen Eltern in Diagnostik und Therapie ganz besonders auf die speziellen Bedürfnisse in dieser für sie besonderen Situation eingehen. Dafür steht das spezielle Wissen und Können des kinder- und jugendärztlichen Fachgebietes zur Verfügung. Gleichzeitig verfügt das Pflegepersonal über besondere Kenntnisse und Erfahrungen, um den Heilungsprozess zu unterstützen.

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Straße:	Schloßhausstraße
Hausnummer:	100
PLZ:	89522
Ort:	Heidenheim
URL:	http://www.Kliniken-Heidenheim.de

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1000) Pädiatrie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Andreas Schneider, Chefarzt
Telefon:	07321 33 2270
Fax:	07321 33 2695
E-Mail:	info@kliniken-heidenheim.de

B-[3].1.3 Weitere Zugänge

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:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Schule für Kranke <i>Schule für Kranke, Heilpädagogik</i>
2	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
3	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
4	Diagnostik und Therapie von Allergien
5	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
6	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
7	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
8	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
9	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
10	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
11	Neugeborenenenscreening
12	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
13	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
14	Spezialsprechstunde <i>Spezialsprechstunden für Kinder und Jugendliche, Schwerpunkt Diabetologie, Neuropädiatrie, Asthma und Allergien, Regulationsstörungen</i>
15	Neuropädiatrie <i>Zertifikat Epileptologie</i>
16	Neonatologie <i>Schwerpunkt mit Versorgung ab der 32. Schwangerschaftswoche</i>

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	2330
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06.0	Gehirnerschütterung	188
2	J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet	142
3	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	95
4	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	77
5	J20.5	Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	54
6	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	44
7	S00.05	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung	42
8	S00.95	Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet: Prellung	39
9	P07.12	Neugeborenes: Geburtsgewicht 1500 bis unter 2500 Gramm	38
10	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	38
11	J21.0	Akute Bronchiolitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	34
12	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	27
13	A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	27
14	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	25
15	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	24
16	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	24
17	R55	Synkope und Kollaps	23
18	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	23
19	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	20
20	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	19
21	A08.0	Enteritis durch Rotaviren	18
22	K59.0	Obstipation	18
23	Z20.8	Kontakt mit und Exposition gegenüber sonstigen übertragbaren Krankheiten	17
24	P92.2	Trinkunlust beim Neugeborenen	17
25	R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe	17
26	S39.9	Nicht näher bezeichnete Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	14
27	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	14
28	B27.0	Mononukleose durch Gamma-Herpesviren	14

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
29	J15.7	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae	14
30	I95.1	Orthostatische Hypotonie	14

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06	Intrakranielle Verletzung	188
2	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	159
3	J20	Akute Bronchitis	151
4	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	139
5	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	102
6	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	56
7	G40	Epilepsie	54
8	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	52
9	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	45
10	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	41

B-[3].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	S06.0	Gehirnerschütterung	188
2	J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet	142
3	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	95
4	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	77
5	J20.5	Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	54
6	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	44
7	S00.0	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut	42

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
8	P07.1	Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht	42
9	S00.9	Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet	39
10	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	38
11	J21.0	Akute Bronchiolitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	34
12	K35.3	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis	27
13	A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	27
14	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	27
15	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	25
16	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	24
17	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	24
18	R55	Synkope und Kollaps	23
19	S00.8	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes	21
20	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	19
21	K59.0	Obstipation	18
22	A08.0	Enteritis durch Rotaviren	18
23	P92.2	Trinkunlust beim Neugeborenen	17
24	R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe	17
25	Z20.8	Kontakt mit und Exposition gegenüber sonstigen übertragbaren Krankheiten	17
26	I95.1	Orthostatische Hypotonie	14
27	B27.0	Mononukleose durch Gamma-Herpesviren	14
28	S39.9	Nicht näher bezeichnete Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	14
29	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	14
30	J15.7	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae	14

B-[3].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	1728
2	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	247
3	8-010.3	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen: Intravenös, kontinuierlich	227
4	8-121	Darmspülung	203
5	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	181
6	8-98g.00	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	116
7	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	77
8	8-015.0	Enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung: Über eine Sonde	55
9	8-98g.01	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	50
10	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	50
11	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	43
12	1-207.1	Elektroenzephalographie (EEG): Schlaf-EEG (10/20 Elektroden)	42
13	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	41
14	8-560.2	Lichttherapie: Lichttherapie des Neugeborenen (bei Hyperbilirubinämie)	38
15	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	29
16	8-903	(Analgo-)Sedierung	26
17	1-208.1	Registrierung evozierter Potentiale: Früh-akustisch [FAEP/BERA]	23
18	1-204.x	Untersuchung des Liquorsystems: Sonstige	18

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	8-711.4	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	16
20	8-711.00	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen: Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck [CPAP]: Bei Neugeborenen (0. bis 28. Lebenstag)	16
21	1-207.2	Elektroenzephalographie (EEG): Video-EEG (10/20 Elektroden)	11
22	1-760	Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung	9
23	1-242	Audiometrie	9
24	1-206	Neurographie	8
25	8-017.0	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	8
26	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	8
27	1-700	Spezifische allergologische Provokationstestung	6
28	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	6
29	1-208.0	Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch [AEP]	6
30	8-98g.02	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	5

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1728
2	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	302
3	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	251
4	8-010	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen	227
5	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	222
6	8-121	Darmspülung	203
7	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	127
8	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	61

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	8-015	Enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung	56
10	8-560	Lichttherapie	39

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	SPEZIALSPRECHSTUNDEN
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VK00 - Pädiatrische Sonografie
	VK08 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
	VK13 - Diagnostik und Therapie von Allergien
	VK26 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
	VK34 - Neuropädiatrie
2	KINDERAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VK00 - Notfallambulanz
3	VOR- UND NACHSTATIONÄR
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
4	DMP
	Ambulanz im Rahmen von DMP
	LEISTUNGEN:
	VK08 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

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

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

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	8,97	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 8,97	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,64	Stationär:	8,33
		Fälle je Anzahl:	279,7

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	3,15		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,15	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,22	Stationär:	2,93
		Fälle je Anzahl:	795,2

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Kinder- und Jugendmedizin
2	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Diabetologie

B-[3].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	2,67		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,67	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,19	Stationär: 2,48
			Fälle je Anzahl: 939,5

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	28,43		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	28,35	Ohne: 0,08
Versorgungsform:	Ambulant:	2,03	Stationär: 26,40
			Fälle je Anzahl: 88,3

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,50		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,50	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,50
			Fälle je Anzahl: 4660,0

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,36		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,36	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,36
			Fälle je Anzahl: 6472,2

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	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Praxisanleitung
4	Hygienebeauftragte in der Pflege

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Basale Stimulation
2	Ernährungsmanagement
3	Kinästhetik

B-[4] Medizinische Klinik I - Onkologie, Gastroenterologie, Diabetologie, Infektionskrankheiten, Palliativmedizin und Labor

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik I - Onkologie, Gastroenterologie, Diabetologie, Infektionskrankheiten, Palliativmedizin und Labor
Straße:	Schloßhausstraße
Hausnummer:	100
PLZ:	89522
Ort:	Heidenheim
URL:	http://www.Kliniken-Heidenheim.de

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0105) Inn. Medizin/Schwerp. Hämatologie/internist. Onkologie
2	(0107) Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
3	(0152) Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
4	(0153) Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
5	(3752) Palliativmedizin

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

Name/Funktion:	Priv.-Doz. Dr. med. Martin Grünewald, Chefarzt
Telefon:	07321 33 2665
Fax:	07321 33 2977
E-Mail:	info@kliniken-heidenheim.de

B-[4].1.3 Weitere Zugänge

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:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<p>Spezialsprechstunde Hämostaseologie</p> <p><i>Auf Zuweisung niedergelassener Allgemein- und Fachärzte erfolgt die Diagnostik und Therapie von Blutgerinnungsstörungen (Blutungs- oder Thromboseneigung)</i></p>
2	<p>Palliativmedizin, stationäre und ambulante Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenen, nicht heilbaren Erkrankungen</p>
3	<p>Spezialsprechstunde Hämatologie und Onkologie</p> <p><i>Auf Zuweisung von Fachärzten erfolgt die umfassende Diagnostik und Therapie von bösartigen Erkrankungen und von Blut- und Lymphkrankeheiten</i></p>
4	<p>Labormedizin</p>
5	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten</p> <p><i>Behandelt werden akute und chronische Formen der Venenthrombose (z. B. Blutverdünnung, Therapie von "Geschwüren"), des Lymphödems sowie Erysipele, Lymphadenitiden</i></p>
6	<p>Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen</p> <p><i>Behandelt werden gut- und bösartige Formen von Blut- und Lymphkrankeheiten</i></p>
7	<p>Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</p> <p><i>Insbesondere "zuckerkranken" Menschen werden untersucht, geschult und therapiert; Folgeerkrankungen der "Zuckerkrankheit" werden behandelt</i></p>
8	<p>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)</p> <p><i>Ultraschalluntersuchungen und Spiegelungen des oberen und unteren Magen-Darmtraktes werden diagnostisch und therapeutisch bei Magen-Darmerkrankungen eingesetzt</i></p>
9	<p>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs</p> <p><i>Behandelt werden gut- und bösartige Formen von Erkrankungen der Afterregion (z. B. Analkrebs)</i></p>
10	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums</p> <p><i>Behandelt werden gut- und bösartige Formen der "Bauchwassersucht" (z. B. bei Lebererkrankungen, bei fortgeschrittenem Organkrebs)</i></p>
11	<p>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas</p> <p><i>Ultraschalluntersuchungen und spezielle Röntgenuntersuchungen (ERCP) werden diagnostisch und therapeutisch bei Leber-, Galle- und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen eingesetzt</i></p>
12	<p>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge</p> <p><i>Behandelt werden gut- und bösartige Lungenerkrankungen (z. B. Lungenentzündung, Asthma, Krebs)</i></p>
13	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura</p> <p><i>Behandelt werden gut- und bösartige Formen der ,Wassersucht'</i></p>
14	<p>Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen</p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Primärdiagnostik und stationäre Therapie von Rheumaerkrankungen mit hoher Aktivität

15	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen <i>Behandelt werden alle Formen von Krebs der Organe (z. B. Lunge, Darm) mit Medikamenten und lokalen Eingriffen (z. B. Stent)</i>
16	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten <i>Ansteckende, schwerwiegende und schwer therapierbare Infektionserkrankungen werden auf der Isolierstation behandelt (z. B. Tuberkulose)</i>
17	Intensivmedizin <i>interprofessionelle internistische Intensivstation</i>
18	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) <i>Abwehrschwäche als Folge von Krankheit und Behandlung und angeborene Formen erfordern eine spezielle Behandlung</i>
19	Spezialsprechstunde <i>Spezialsprechstunde Hämatologie und Onkologie, Spezialsprechstunde Hämostaseologie</i>
20	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen <i>Diagnostik und Behandlung von Patienten mit angeborenen oder erworbenen Störungen der Blutgerinnung</i>
21	Endoskopie <i>endoskopische Diagnostik des gesamten Verdauungapparates (Magen-Darmtrakt, Gallenwege)</i>
22	Onkologische Tagesklinik <i>ambulante Therapie von Krebserkrankungen Chemo/Immuntherapie, Bluttransfusionen</i>
23	Palliativmedizin <i>spezielle Palliativeinheit zur ganzheitlichen Betreuung von Patienten mit schweren, fortschreitenden und nicht heilbaren Erkrankungen und deren Angehörigen in medizinischer, pflegerischer, psychischer, seelsorgerischer und sozialer Hinsicht</i>
24	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen <i>M. Crohn, Colitis ulcerosa</i>

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	3289
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	142
2	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	93
3	A46	Erysipel [Wundrose]	81
4	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	79
5	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	60
6	E86	Volumenmangel	58
7	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	55
8	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	54
9	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	50
10	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	46
11	J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	44
12	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	41
13	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	40
14	E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	38
15	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	36
16	K57.31	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	34
17	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	33
18	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	32
19	K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	29
20	K83.1	Verschluss des Gallenganges	29
21	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	28
22	K59.0	Obstipation	27
23	A04.70	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	27
24	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	27
25	J10.0	Grippe mit Pneumonie, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	26
26	K22.2	Ösophagusverschluss	26
27	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	26
28	D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	25

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
29	K83.0	Cholangitis	25
30	K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	24

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	240
2	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	128
3	K57	Divertikulose des Darmes	113
4	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	97
5	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	94
6	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	91
7	K70	Alkoholische Leberkrankheit	84
8	A46	Erysipel [Wundrose]	81
9	I50	Herzinsuffizienz	77
10	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	73

B-[4].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	142
2	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	105
3	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	93
4	A46	Erysipel [Wundrose]	81
5	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	79
6	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	60
7	E86	Volumenmangel	58
8	E11.9	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen	55
9	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	50
10	I50.0	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	49

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
11	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	47
12	E11.6	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	47
13	J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	44
14	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	41
15	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	40
16	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	36
17	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	32
18	K83.1	Verschluss des Gallenganges	29
19	K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	29
20	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	28
21	N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	28
22	A04.7	Enterokolitis durch Clostridium difficile	27
23	K59.0	Obstipation	27
24	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	27
25	K22.2	Ösophagusverschluss	26
26	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	26
27	J10.0	Grippe mit Pneumonie, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	26
28	K83.0	Cholangitis	25
29	D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	25
30	I50.1	Linksherzinsuffizienz	24

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1308
2	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	312
3	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	302
4	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	245
5	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	234
6	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	187
7	5-513.y	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: N.n. bez.	177
8	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	169
9	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	168
10	1-774	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)	165
11	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	119
12	8-98g.01	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	99
13	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	98
14	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	97
15	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	92
16	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	92
17	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	87
18	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	83
19	8-98e.1	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	81
20	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	80

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	1-853.2	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Aszitespunktion	78
22	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	78
23	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	71
24	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	69
25	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	66
26	8-98g.00	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	65
27	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	62
28	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	61
29	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	60
30	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	52

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1319
2	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	576
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	545
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	502
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	358
6	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	249
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	200
8	5-469	Andere Operationen am Darm	180
9	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	169
10	1-774	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)	165

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	SPEZIALSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	VI35 - Endoskopie
	VI37 - Onkologische Tagesklinik
2	VOR- UND NACHSTATIONÄR
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
3	PRIVATSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
4	ZNA
	Notfallambulanz (24h)
	Versorgung über die Zentrale Notaufnahme (ZNA)

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	117
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	41
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	37
4	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	< 4

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

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

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	18,10	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 18,10	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,29	Stationär:	16,81
		Fälle je Anzahl:	195,7

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	7,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 7,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,50	Stationär:	6,50
		Fälle je Anzahl:	506,0

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
3	Innere Medizin und Gastroenterologie
4	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Hämostaseologie
2	Labordiagnostik - fachgebunden -
3	Palliativmedizin
4	Diabetologie

B-[4].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 47,14

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 47,04 Ohne: 0,10

Versorgungsform: Ambulant: 1,29 Stationär: 45,85
Fälle je Anzahl: 71,7

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 2,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 2,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,14 Stationär: 1,86
Fälle je Anzahl: 1768,3

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Pflege in der Onkologie
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung
5	Pflege in der Endoskopie

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Basale Stimulation
2	Diabetes
3	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
4	Kinästhetik
5	Kontinenzmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Wundmanagement
8	Palliative Care

B-[5] Medizinische Klinik II - Kardiologie, Nephrologie, Angiologie, Pneumologie und Intensivmedizin

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik II - Kardiologie, Nephrologie, Angiologie, Pneumologie und Intensivmedizin
Straße:	Schloßhausstraße
Hausnummer:	100
PLZ:	89522
Ort:	Heidenheim
URL:	http://www.Kliniken-Heidenheim.de

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0103) Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
2	(0104) Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
3	(0108) Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
4	(3601) Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
5	(3750) Angiologie

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

Name/Funktion:	Professor Dr. med. Daniel Walcher, Chefarzt
Telefon:	07321 33 2861
Fax:	07321 33 2864
E-Mail:	info@kliniken-heidenheim.de

B-[5].1.3 Weitere Zugänge

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:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
2	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
6	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
7	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
10	Intensivmedizin
11	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
12	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
13	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
14	Elektrophysiologie
15	Spezialsprechstunde

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	3037
Teilstationäre Fallzahl:	286

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	207
2	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	183
3	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	172
4	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	119
5	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	117

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	I20.0	Instabile Angina pectoris	103
7	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	91
8	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	90
9	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	70
10	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	59
11	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	56
12	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	53
13	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	44
14	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	44
15	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	38
16	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	36
17	I48.3	Vorhofflattern, typisch	33
18	R55	Synkope und Kollaps	32
19	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	29
20	I48.2	Vorhofflimmern, permanent	27
21	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	27
22	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	26
23	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	26
24	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	25
25	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	24
26	J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	23
27	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	23
28	J44.11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes	23
29	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	23
30	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	22

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I50	Herzinsuffizienz	431
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	300
3	I21	Akuter Myokardinfarkt	287

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	217
5	I20	Angina pectoris	216
6	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	186
7	I26	Lungenembolie	56
8	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	55
9	N17	Akutes Nierenversagen	51
10	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	51

B-[5].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I50.1	Linksherzinsuffizienz	224
2	I50.0	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	207
3	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	183
4	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	172
5	J44.1	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	120
6	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	119
7	I20.0	Instabile Angina pectoris	103
8	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	91
9	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	59
10	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	56
11	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	53
12	N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	51
13	I10.0	Benigne essentielle Hypertonie	47
14	I11.9	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	47
15	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	44
16	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit	38
17	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	37

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
18	I48.3	Vorhofflattern, typisch	33
19	R55	Synkope und Kollaps	32
20	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	29
21	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	28
22	J96.1	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	28
23	I48.2	Vorhofflimmern, permanent	27
24	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	27
25	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	26
26	J44.8	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung	26
27	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	26
28	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	25
29	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	24
30	J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	23

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	11177
2	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1018
3	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	609
4	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	521
5	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	486
6	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	484
7	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie	394
8	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	347

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	8-83b.c5	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs ohne Anker	278
10	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	254
11	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	233
12	8-83b.08	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzen Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzen Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	219
13	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	215
14	8-83b.50	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 1 Modellierballon	203
15	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	196
16	1-430.1	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus	146
17	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	118
18	8-83b.51	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 2 oder mehr Modellierballons	113
19	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	111
20	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	108
21	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	101
22	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	98
23	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	95
24	8-837.01	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien	88
25	8-716.10	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung: Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten häuslichen Beatmung: Nicht invasive häusliche Beatmung	81
26	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	78

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	8-717.0	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen: Ersteinstellung	77
28	8-83b.00	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	77
29	8-144.2	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter	71
30	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	69

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-854	Hämodialyse	11178
2	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1119
3	1-710	Ganzkörperplethysmographie	1018
4	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	977
5	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	833
6	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	704
7	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	486
8	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	347
9	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	254
10	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	234

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	SPEZIALSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen

2	VOR- UND NACHSTATIONÄR
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
3	PRIVATSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
4	ZNA
	Notfallambulanz (24h)
	Versorgung über die Zentrale Notaufnahme (ZNA)

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	64

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

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)			
Gesamt:	21,33	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 21,33	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,52	Stationär:	19,81
		Fälle je Anzahl:	153,3
- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN			
Gesamt:	9,24		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 9,24	Ohne:	0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,66	Stationär: 8,58
		Fälle je Anzahl: 354,0

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und Angiologie
3	Innere Medizin und Kardiologie
4	Innere Medizin und Nephrologie
5	Innere Medizin und Pneumologie

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin

B-[5].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	40,74		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 40,71	Ohne: 0,03	
Versorgungsform:	Ambulant: 2,90	Stationär: 37,84	
		Fälle je Anzahl: 80,3	

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,28		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,28	Ohne: 0,00	

Versorgungsform:

Ambulant: 0,10

Stationär: 1,18

Fälle je
Anzahl: 2573,7

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	Pflege in der Nephrologie
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Praxisanleitung

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Basale Stimulation
2	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	Kinästhetik
4	Schmerzmanagement
5	Wundmanagement

B-[6] Klinik für Neurologie

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

Das Gehirn ist eines der zentralen Organe des Menschen. Die Neurologie ist insofern ein medizinisches Fach mit Verknüpfungen zu allen anderen Kliniken des Klinikums. Einer der Schwerpunkte der Klinik für Neurologie bildet die Behandlung von Patienten mit einem Schlaganfall. Außerdem werden Patienten mit Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems untersucht und behandelt. Es stehen modernste Messgeräte zur umfassenden Untersuchung zur Verfügung. Zu den typischen neurologischen Erkrankungen zählen Epilepsie, Parkinson-Syndrom oder Muskel- und Nervenerkrankungen. Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Behandlung von Schmerzpatienten, in enger Zusammenarbeit mit verschiedenen Disziplinen des Hauses.

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Neurologie
Straße:	Schloßhausstraße
Hausnummer:	100
PLZ:	89522
Ort:	Heidenheim
URL:	http://www.Kliniken-Heidenheim.de

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Name/Funktion:	Dr. med. Karl-Heinz Huber-Hartmann, Chefarzt
Telefon:	07321 33 2358
Fax:	07321 33 2099
E-Mail:	info@kliniken-heidenheim.de

B-[6].1.3 Weitere Zugänge

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:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[6].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
16	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
17	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
18	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
19	Spezialsprechstunde <i>Spezialsprechstunde für Bewegungsstörungen (Botulinumtoxin, intrathekale Baclofentherapie), Spezialsprechstunde für neuroonkologische Patienten.</i>
20	Schlafmedizin

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
21	Schmerztherapie
22	Stroke Unit

Regionaler kooperativer Schlaganfallschwerpunkt Heidenheim-Aalen, zertifiziert nach den Kriterien der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe.

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	1818
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	128
2	I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	111
3	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	109
4	G45.99	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet	78
5	I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	70
6	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	58
7	M54.4	Lumboischialgie	51
8	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	50
9	G45.92	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	34
10	M54.16	Radikulopathie: Lumbalbereich	30
11	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	30
12	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	29
13	H81.3	Sonstiger peripherer Schwindel	27
14	R20.1	Hypästhesie der Haut	26
15	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	21
16	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	21
17	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	19

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	19
19	G40.5	Spezielle epileptische Syndrome	17
20	G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	17
21	G20.21	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	16
22	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	16
23	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	16
24	G20.20	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	16
25	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	15
26	G35.0	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose	14
27	M54.5	Kreuzschmerz	14
28	R20.2	Parästhesie der Haut	14
29	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	13
30	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	13

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63	Hirnfarkt	381
2	G40	Epilepsie	203
3	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	147
4	M54	Rückenschmerzen	116
5	H81	Störungen der Vestibularfunktion	95
6	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	59
7	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	48
8	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	48
9	S06	Intrakranielle Verletzung	46
10	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	43

B-[6].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	128
2	G45.9	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet	120
3	I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	111
4	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	109
5	I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	70
6	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	58
7	M54.4	Lumboischialgie	51
8	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	50
9	M54.1	Radikulopathie	46
10	G20.2	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung	32
11	M48.0	Spinal(kanal)stenose	31
12	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	30
13	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	29
14	H81.3	Sonstiger peripherer Schwindel	27
15	R20.1	Hypästhesie der Haut	26
16	G35.1	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf	25
17	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	21
18	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	19
19	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	19
20	G40.5	Spezielle epileptische Syndrome	17
21	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	16

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
22	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	16
23	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	15
24	G45.4	Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]	15
25	M54.5	Kreuzschmerz	14
26	R20.2	Parästhesie der Haut	14
27	G20.1	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung	14
28	G35.0	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose	14
29	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	13
30	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	13

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-206	Neurographie	3136
2	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	978
3	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	608
4	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	547
5	8-981.1	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden	326
6	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	320
7	8-981.0	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden	152
8	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	134
9	1-207.1	Elektroenzephalographie (EEG): Schlaf-EEG (10/20 Elektroden)	125
10	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	79
11	1-205	Elektromyographie (EMG)	54

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	48
13	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	39
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	23
15	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	22
16	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	21
17	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	17
18	9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	15
19	8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule	15
20	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	13
21	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	11
22	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	10
23	1-208.1	Registrierung evozierter Potentiale: Früh-akustisch [FAEP/BERA]	10
24	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	9
25	9-200.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte	9
26	8-191.5	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband	8
27	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	8
28	5-431.20	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode	8
29	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	7
30	8-812.52	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 2.500 IE bis unter 3.500 IE	6

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-206	Neurographie	3136
2	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	1105
3	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	838
4	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	547
5	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	478
6	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	326
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	80
8	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	78
9	1-205	Elektromyographie (EMG)	54
10	8-020	Therapeutische Injektion, z.B. Thrombolyse bei Schlaganfall	48

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	VOR- UND NACHSTATIONÄR
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
2	ZNA
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Versorgung über die Zentrale Notaufnahme (ZNA)</i>
3	PRIVATSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
4	SPEZIALSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VN20 - Spezialsprechstunde
	<i>Botox-Sprechstunde</i>

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

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt: 9,98 Maßgebliche wöchentliche
tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungs-
verhältnis: Mit: 9,98 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,71 Stationär: 9,27
Fälle je
Anzahl: 196,1

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt: 3,00

Beschäftigungs-
verhältnis: Mit: 3,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,21 Stationär: 2,79
Fälle je
Anzahl: 651,6

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Neurologie

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[6].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	23,58		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit: 23,58	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 1,68	Stationär: 21,90	Fälle je Anzahl: 83,0

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Schmerzmanagement
6	Stroke Unit Care

B-[7] Klinik für Orthopädie- und Unfallchirurgie

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

Die Klinik bietet ein breit gefächertes Spektrum in den Bereichen Unfall-, Wiederherstellungs- und orthopädische Chirurgie. In der Unfallchirurgie werden sämtliche Unfälle jeder Altersstufe nach den neuesten Erkenntnissen und Standards behandelt, sei es nun ein Kleinkind mit Gehirnerschütterung oder die komplexe Versorgung eines schwerstverletzten Patienten. Die Strategie der Versorgung erstreckt sich von der Erstversorgung an der Unfallstelle über die operative Therapie in der Klinik, mit der Vorbereitung der Wiedereingliederung in Beruf und Familie. Dabei bedient sich die Klinik modernster Operationsverfahren mit endoskopisch-gestützten Techniken, minimal-invasiver Verfahren und mikrochirurgischer Techniken, sowie computergestützter Planungen zu Operationen, zum Beispiel bei schwierigen Endoprothetik- und Wirbelsäulenoperationen. Die Klinik ist zudem anerkannte und ausbildende AO-Klinik (AO: Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen) und zugelassen zur Behandlung Schwerverletzter der Berufsgenossenschaften.

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Orthopädie- und Unfallchirurgie
Straße:	Schloßhausstraße
Hausnummer:	100
PLZ:	89522
Ort:	Heidenheim
URL:	http://www.Kliniken-Heidenheim.de

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1523) Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
2	(1600) Unfallchirurgie
3	(2316) Orthopädie und Unfallchirurgie
4	(3755) Wirbelsäulenchirurgie

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

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Peter Helwig, Chefarzt
Telefon:	07321 33 2182
Fax:	07321 33 2205
E-Mail:	info@kliniken-heidenheim.de

B-[7].1.3 Weitere Zugänge

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:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Metall-/Fremdkörperentfernungen <i>Metallentfernung nach Osteosynthese</i>
2	Bandrekonstruktionen/Plastiken <i>z.B. Ersatz des vorderen Kreuzbandes am Kniegelenk</i>
3	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik <i>Implantation von künstlichen Knie- und Hüftgelenken: zementiert, unzementiert, computerassistierte Technik (Navigation), konventionelle und minimal-invasive Technik, Schulter-Endoprothetik bei traumatischen und degenerativen Erkrankungen, Wechseloperationen gelockerter künstlicher Gelenke</i>
4	Septische Knochenchirurgie <i>Operation bei entzündlichen Knochenkrankungen</i>
5	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens <i>Operative Versorgung von Becken- und Wirbelsäulenfrakturen</i>
6	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes <i>Schwerpunkt spezielle Schulterchirurgie: operative Behandlung von unfallbedingten Verletzungen und degenerativen Erkrankungen. Arthroskopische, minimal-invasive und offene Operationen unter Anwendung moderner Techniken. Expertise im Bereich der Schulter-Endoprothetik.</i>
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
12	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
13	Spezialsprechstunde <i>Endoprothetik, Schultersprechstunde, BG-Sprechstunde</i>
14	Wirbelsäulenchirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Versorgung von Frakturen aufgrund von Verletzungen oder Osteoporose, z.B. Ballonkyphoplastie, verschiedene Osteosyntheseverfahren incl. Wirbelkörperersatz

15	Arthroskopische Operationen
	<i>Arthroskopische Operationen von Knie, Sprunggelenk, Schulter</i>
16	Chirurgische Intensivmedizin
	<i>Perioperativ erfahren Patienten nach großen Operationen oder Unfällen eine intensive pflegerische und ärztliche Behandlung durch ein interdisziplinäres Team.</i>
17	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
18	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
19	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
20	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
21	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
22	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
23	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
24	Fußchirurgie
	<i>Rekonstruktion von Verletzungen einschließlich schwerer Komplexfrakturen im Fuß- und Vorfußbereich, Korrektur von Vorfußdeformitäten</i>
25	Schulterchirurgie
	<i>Schwerpunkt spezielle Schulterchirurgie: operative Behandlung von unfallbedingten Verletzungen und degenerativen Erkrankungen. Arthroskopische, minimal-invasive und offene Operationen unter Anwendung moderner Techniken. Expertise im Bereich der Schulter-Endoprothetik.</i>
26	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
27	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
28	Endoprothetik
	<i>Endoprothetikzentrum</i>
29	Traumatologie
	<i>Notfalldiagnostik, Traumanetzwerk</i>

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	2247
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06.0	Gehirnerschütterung	121
2	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	117
3	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	111
4	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	93
5	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	70
6	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	54
7	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	53
8	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	49
9	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	43
10	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	43
11	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	40
12	S52.50	Distale Fraktur des Radius: Nicht näher bezeichnet	29
13	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	28
14	M19.01	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	27
15	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	27
16	M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	25
17	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	23
18	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	21
19	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	21
20	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	20
21	S20.2	Prellung des Thorax	19
22	S82.81	Bimalleolarfraktur	18
23	S32.1	Fraktur des Os sacrum	18
24	S00.05	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung	17
25	S76.1	Verletzung des Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris	16
26	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	16
27	S01.0	Offene Wunde der behaarten Kopfhaut	16
28	M19.91	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	15
29	S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	15

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	M75.0	Adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel	15

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S72	Fraktur des Femurs	232
2	M75	Schulterläsionen	165
3	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	164
4	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	138
5	S06	Intrakranielle Verletzung	138
6	S52	Fraktur des Unterarmes	136
7	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	125
8	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	124
9	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	85
10	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	71

B-[7].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	S06.0	Gehirnerschütterung	121
2	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	117
3	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	111
4	S72.0	Schenkelhalsfraktur	98
5	S72.1	Femurfraktur: Intertrochantär	96
6	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	93
7	S52.5	Distale Fraktur des Radius	88
8	S42.2	Fraktur des proximalen Endes des Humerus	72
9	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	54
10	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	49
11	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	43
12	S32.0	Fraktur eines Lendenwirbels	40
13	S82.8	Bimalleolarfraktur	32
14	S22.4	Rippenserienfraktur	31

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
15	S42.0	Fraktur der Klavikula	31
16	M19.0	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke	30
17	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	28
18	M80.0	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur	27
19	S22.0	Fraktur eines Brustwirbels	27
20	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	21
21	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	20
22	S82.1	Fraktur des proximalen Endes der Tibia	20
23	S20.2	Prellung des Thorax	19
24	S32.1	Fraktur des Os sacrum	18
25	S43.0	Luxation des Humerus nach hinten	18
26	S82.2	Fraktur des Tibiaschaftes	17
27	S00.0	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut	17
28	S01.0	Offene Wunde der behaarten Kopfhaut	16
29	S76.1	Verletzung des Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris	16
30	M19.9	Arthrose, nicht näher bezeichnet	15

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	258
2	5-811.20	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Humeroglenoidalgelenk	178
3	5-810.20	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Humeroglenoidalgelenk	168
4	5-814.7	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenotomie der langen Bizepssehne	124
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	117
6	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	113

Qualitätsbericht 2017
Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	5-855.71	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehenscheide: Tenodese eine Sehne, primär: Schulter und Axilla	111
8	5-800.00	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Humero Glenoidalgelenk	109
9	5-805.7	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Naht	82
10	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	79
11	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	74
12	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	74
13	5-988	Anwendung eines Navigationssystems	57
14	5-829.k	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz	49
15	5-824.21	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Schultergelenk: Invers	47
16	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	44
17	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	39
18	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	36
19	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	31
20	5-794.af	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	31
21	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	31
22	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	31
23	5-782.b0	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Klavikula	30
24	5-794.1f	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femur proximal	29
25	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Osteosynthesematerial bei Operationen am Weichteilgewebe	28

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	5-819.00	Andere arthroskopische Operationen: Durchtrennung eines Bandes: Humero-glenoidalgelenk	26
27	5-793.3r	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal	25
28	5-793.k6	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	25
29	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	24
30	9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	24

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	475
2	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	343
3	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	262
4	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	245
5	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	241
6	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	221
7	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	208
8	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehenscheide	160
9	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	152
10	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	146

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	BG-SPRECHSTUNDE
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC58 - Spezialsprechstunde
2	SPEZIALSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:

2	SPEZIALSPRECHSTUNDE
	VO14 - Endoprothetik
	VC58 - Spezialsprechstunde
	VO13 - Spezialsprechstunde
3	PRIVATSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
4	VOR- UND NACHSTATIONÄR
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
5	ZNA
	Notfallambulanz (24h)
	Versorgung über die Zentrale Notaufnahme (ZNA)

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	102
2	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	17
3	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	16
4	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	14
5	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	10
6	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	6
7	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	5
8	5-841	Operationen an Bändern der Hand	5
9	1-697	Diagnostische Arthroskopie	< 4
10	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	< 4

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

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

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)			
Gesamt:	14,13	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 14,13	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,01	Stationär:	13,12
		Fälle je Anzahl:	171,3
- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN			
Gesamt:	7,35		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 7,35	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,52	Stationär:	6,83
		Fälle je Anzahl:	329,0

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	Notfallmedizin
2	Spezielle Unfallchirurgie
3	Spezielle Orthopädische Chirurgie

B-[7].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 29,25

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 28,91 Ohne: 0,34

Versorgungsform: Ambulant: 2,09 Stationär: 27,16
Fälle je Anzahl: 82,7

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 1,72

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 1,72 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,12 Stationär: 1,60
Fälle je Anzahl: 1404,4

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Bobath
2	Kinästhetik
3	Schmerzmanagement

ZUSATZQUALIFIKATIONEN

4 Wundmanagement

B-[8] Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

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

In der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik werden Menschen mit allen Formen seelischer Erkrankungen behandelt. Dazu gehören Patienten mit Depressionen, Angstkrankheiten, schizophrenen Erkrankungen, psychiatrischen Alterserkrankungen sowie Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit. Ebenso erfolgt Hilfe in akuten Lebenskrisen oder bei psychosomatischen Störungen. Die Klinik wurde 1994/1995 als Teil des Klinikums Heidenheim gegründet und bezog auf dem Gelände des Klinikums einen sehr schönen großzügigen Neubau, der speziell für die Bedürfnisse psychisch Kranker geplant und gebaut worden war. Auch heute hat der Bau (und die Klinik, so wie sie sich inzwischen entwickelt hat) noch Modellcharakter, so dass jährlich mehrere Delegationen von anderen Krankenhäusern die Klinik besichtigen, um sich Ideen und Anregungen zu holen.

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Straße:	Schloßhausstraße
Hausnummer:	100
PLZ:	89522
Ort:	Heidenheim
URL:	http://www.Kliniken-Heidenheim.de

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2900) Allgemeine Psychiatrie
2	(2931) Allgemeine Psychiatrie/Schwerp. Psychosomatik/Psychoth.
3	(2950) Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
4	(2960) Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze)
5	(3100) Psychosomatik/Psychotherapie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Martin Zinkler, Chefarzt
Telefon:	07321 33 2452
Fax:	07321 33 2453
E-Mail:	info@kliniken-heidenheim.de

B-[8].1.3 Weitere Zugänge

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:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen <i>Alkohol, Medikamente und (illegale) Drogen</i>
2	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
3	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen <i>Depressionen und Manien, bipolare Störungen</i>
4	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
5	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
6	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
7	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
8	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
9	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend <i>Auch ADHS beim Erwachsenen</i>
10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen <i>Seelische Störungen im Alter</i>
11	Spezialsprechstunde <i>Ambulantes DBT-Programm</i>
12	Psychosomatische Komplexbehandlung
13	Psychoonkologie
14	Psychiatrische Tagesklinik
15	Vielfältige therapeutische Leistungsangebote <i>z.B. Ergo-/ Kunst-/ Musik-/ Tanztherapie, tiergestützte Therapie u.v.m.</i>

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	1037
Teilstationäre Fallzahl:	187

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	313
2	F20.0	Paranoide Schizophrenie	88
3	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	75
4	F43.2	Anpassungsstörungen	52
5	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	41
6	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	34
7	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	30
8	F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz	23
9	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	23
10	F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch	21
11	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	21
12	F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom	21
13	F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	20
14	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	15
15	F22.0	Wahnhafte Störung	14
16	F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung	12
17	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	11
18	F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	11
19	F20.1	Hebephrene Schizophrenie	10
20	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	9
21	G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	9

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	9
23	F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	8
24	F12.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Psychotische Störung	8
25	F05.1	Delir bei Demenz	8
26	F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	8
27	F43.0	Akute Belastungsreaktion	8
28	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	6
29	F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen	6
30	F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	6

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	370
2	F32	Depressive Episode	120
3	F20	Schizophrenie	103
4	F33	Rezidivierende depressive Störung	68
5	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	64
6	F25	Schizoaffektive Störungen	36
7	F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	30
8	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	26
9	F31	Bipolare affektive Störung	26
10	F01	Vaskuläre Demenz	26

B-[8].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	313
2	F20.0	Paranoide Schizophrenie	88

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
3	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	75
4	F43.2	Anpassungsstörungen	52
5	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	41
6	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	34
7	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	30
8	F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	24
9	F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz	23
10	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	23
11	F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom	21
12	F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch	21
13	F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	20
14	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	15
15	F22.0	Wahnhafte Störung	14
16	F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung	12
17	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	11
18	F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	11
19	F20.1	Hebephrene Schizophrenie	10
20	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	9
21	G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	9

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
22	F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	9
23	F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	8
24	F05.1	Delir bei Demenz	8
25	F12.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Psychotische Störung	8
26	F43.0	Akute Belastungsreaktion	8
27	F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	8
28	F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	6
29	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	6
30	F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen	6

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-649.60	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	1414
2	9-649.80	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	1290
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	1238
4	9-649.10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche	1106
5	9-649.0	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche	785
6	9-649.61	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	760

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	9-649.62	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche	554
8	9-980.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A1 (Regelbehandlung)	525
9	9-649.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	493
10	9-649.50	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche	480
11	9-649.81	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	469
12	9-649.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	385
13	9-981.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke: Behandlungsbereich S1 (Regelbehandlung)	370
14	9-649.63	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	346
15	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	326
16	9-649.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	324
17	9-649.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	299
18	9-981.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke: Behandlungsbereich S2 (Intensivbehandlung)	282
19	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	276
20	9-649.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	273
21	9-980.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A2 (Intensivbehandlung)	245

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	9-649.64	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 4 bis 5 Therapieeinheiten pro Woche	200
23	9-980.5	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A6 (Tagesklinische Behandlung)	171
24	9-649.82	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche	164
25	9-649.70	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen: 1 Therapieeinheit pro Woche	160
26	9-982.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie: Behandlungsbereich G2 (Intensivbehandlung)	120
27	9-982.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie: Behandlungsbereich G1 (Regelbehandlung)	120
28	9-649.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	116
29	9-640.08	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: 18 oder mehr Stunden pro Tag	112
30	9-649.12	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche	101

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	10739
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	1238
3	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie	962
4	9-981	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke	668
5	9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	474

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	326
7	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	276
8	9-982	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie	257
9	9-640	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	257
10	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	82

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	SPEZIALSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VP12 - Spezialsprechstunde
2	PRIVATSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
3	PIA
	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
4	VOR- UND NACHSTATIONÄR
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
5	ZNA
	Notfallambulanz (24h)
	Versorgung über die Zentrale Notaufnahme (ZNA)

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

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt: 12,99 Maßgebliche wöchentliche
tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungs-
verhältnis: Mit: 12,99 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,93 Stationär: 12,06
Fälle je
Anzahl: 86,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt: 5,85

Beschäftigungs-
verhältnis: Mit: 5,85 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,42 Stationär: 5,43
Fälle je
Anzahl: 191,0

B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Psychiatrie und Psychotherapie
2	Neurologie

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Suchtmedizinische Grundversorgung

B-[8].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	41,80		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	41,80	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	2,98	Stationär: 38,82
			Fälle je Anzahl: 26,7

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,41		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,41	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,41
			Fälle je Anzahl: 2529,3

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	2,33		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,33	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,17	Stationär: 2,16
			Fälle je Anzahl: 480,1

KRANKENPFLEGEHELPER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,40		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,40	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,10	Stationär: 1,30	Fälle je Anzahl: 797,7

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	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Basale Stimulation
2	Kinästhetik
3	Deeskalationstraining
	PAIR

B-[8].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN

Gesamt:	2,47		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,47	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,18	Stationär: 2,29	Fälle je Anzahl: 452,8

ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt:	3,25		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,25	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,23	Stationär: 3,02	Fälle je Anzahl: 343,4

BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt:	1,14		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,14	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,10	Stationär: 1,04	Fälle je Anzahl: 997,1

SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	3,17		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,17	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,23	Stationär: 2,94	Fälle je Anzahl: 352,7

B-[9] Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie

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

Die Strahlentherapie bildet neben der Chirurgie und der Chemotherapie eine der drei Säulen, auf die sich die Behandlung bösartiger Erkrankungen stützt. Nicht selten müssen dabei mehrere onkologische Therapieverfahren miteinander kombiniert werden. In der Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie stehen moderne, leistungsfähige Therapieeinheiten und effektvolle Instrumente für die Behandlung der an Tumoren erkrankten Patienten zur Verfügung. Sie bilden die Voraussetzungen dafür, dass Tumoren, die in der Tiefe des Körpers liegen, unter weitgehender Schonung der Nachbarorgane und der Hautoberfläche, optimal bestrahlt werden können.

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie
Straße:	Schloßhausstraße
Hausnummer:	100
PLZ:	89522
Ort:	Heidenheim
URL:	http://www.Kliniken-Heidenheim.de

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3300) Strahlenheilkunde

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

Name/Funktion:	Dr. med. Voica Ghilescu, Cheförztn
Telefon:	07321 33 2671
Fax:	07321 33 2673
E-Mail:	info@kliniken-heidenheim.de

B-[9].1.3 Weitere Zugänge

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:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
2	Umfassende Beratung in Zusammenhang mit einer Krebserkrankung, Konsiliarische Tätigkeiten in den Kliniken, Mitglied von Brustzentrum und Darmzentrum
3	Bestrahlung gutartiger, degenerativer und schmerzhafter Erkrankungen der Knochen und Gelenke
4	Bestrahlung von Frauen mit Brustkrebs und von Männern mit Prostatakrebs. Intra- und extracraniale Stereotaxie Intensitätsmodulierte Strahlentherapie (MRT) Brachytherapie im Afterloading-Verfahren
5	Bestrahlung von Metastasen zur Linderung von Beschwerden, Verbesserung der Lebensqualität und zur Lebensverlängerung bei Patienten mit unheilbaren bösartigen Erkrankungen
6	Kombinierte Chemo-/Radio (Strahlen)-Therapie bei Patienten mit bösartigen Tumoren im Kopf-Hals-Bereich, bei Hirn- und Speiseröhrentumoren, bei Tumoren der Lunge, des Magens und des Enddarnes
7	Bestrahlung bösartiger Erkrankungen an jeder Körperlokalisierung mit dem Ziel der Heilung
8	Oberflächenstrahlentherapie
9	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
10	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
11	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
12	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
13	Spezialsprechstunde
14	Hochvoltstrahlentherapie

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße <i>Spezieller Therapietisch, Tragkraft bis 180 kg</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0
Kommentar/Erläuterung:	keine bettenführende Abteilung

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-[9].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-522.91	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung	863
2	8-522.c0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung	315
3	8-522.d0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung	273
4	8-522.60	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung	119
5	8-522.90	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Ohne bildgestützte Einstellung	107
6	8-527.8	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Individuelle Blöcke oder Viellamellenkollimator (MLC)	107
7	8-528.6	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: CT-gesteuerte Simulation für die externe Bestrahlung	86
8	8-522.c1	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder: Mit bildgestützter Einstellung	84
9	8-522.d1	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Mit bildgestützter Einstellung	73
10	8-528.9	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: Feldfestlegung mit Simulator, mit 3D-Plan	70

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	8-529.3	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die intensitätsmodulierte Radiotherapie	53
12	8-523.10	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Stereotaktische Bestrahlung, fraktioniert: Zerebral	37
13	8-527.1	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, mittlerer Schwierigkeitsgrad	31
14	8-529.8	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung, mit individueller Dosisplanung	28
15	8-522.30	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung	27
16	8-527.0	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, einfach	26
17	8-528.8	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: Feldfestlegung mit Simulator, ohne 3D-Plan	22
18	8-522.61	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder: Mit bildgestützter Einstellung	18
19	8-522.a0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung	10
20	8-522.b0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung	10
21	8-529.7	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung ohne individuelle Dosisplanung	6
22	8-529.6	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die Brachytherapie, komplex	6
23	8-524.5	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden: Intraluminal	5
24	8-529.4	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung mit Fusion von CT- und MRT-Bildern	2
25	8-528.7	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: CT-gesteuerte Simulation für die Brachytherapie	2
26	8-527.2	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, komplex	2
27	8-522.31	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder: Mit bildgestützter Einstellung	1

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	8-524.1	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden: Intravaginal	1
29	8-522.y	Hochvoltstrahlentherapie: N.n.bez.	1

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	1901
2	8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	180
3	8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	166
4	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	95
5	8-523	Andere Hochvoltstrahlentherapie	37
6	8-524	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	6

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	<p>SPEZIALSPRECHSTUNDE</p> <p>Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)</p> <p>LEISTUNGEN:</p> <p>VR00 - IMRT - Intensitätsmodulierte Strahlentherapie</p> <p>VR00 - Cranielle und extracranielle Stereotaxie</p> <p>VR00 - Bestrahlung in komplexer Mehrfeldertechnik</p> <p>VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie</p> <p>VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie</p> <p>VR33 - Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden</p> <p>VR32 - Hochvoltstrahlentherapie</p> <p>VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie</p>
2	<p>PRIVATSPRECHSTUNDE</p> <p>Privatambulanz</p>
3	<p>ZNA</p> <p>Notfallambulanz (24h)</p> <p><i>Versorgung über die Zentrale Notaufnahme</i></p>
4	<p>VOR- UND NACHSTATIONÄR</p> <p>Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V</p>

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

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

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	4,00	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 4,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,29	Stationär:	3,71
		Fälle je Anzahl:	0,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	3,50		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,50	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,25	Stationär:	3,25
		Fälle je Anzahl:	0,0

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

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

B-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Strahlentherapie

B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[10] Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin

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

Die enge Verzahnung der Radiologie mit der Nuklearmedizin bietet, sowohl für den Patienten als auch für die übrigen klinischen Partner, die Möglichkeit, ohne größere Umwege die diagnostischen Möglichkeiten beider Abteilungen konsequent zu nutzen. Die Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin ist mit unterschiedlichsten Röntgensystemen an der Diagnosefindung der Patienten beteiligt. Der Weg der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin hin zu einem modernen radiologischen und nuklearmedizinischen Dienstleistungszentrum wird fortgesetzt. Hierzu zählt die Fortführung neu eingeführter Methoden einer minimal-invasiven, bildgesteuerten und interventionellen Radiologie im Rahmen diagnostischer und therapeutischer Eingriffe.

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin
Straße:	Schloßhaustraße
Hausnummer:	100
PLZ:	89522
Ort:	Heidenheim
URL:	http://www.Kliniken-Heidenheim.de

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3200) Nuklearmedizin
2	(3751) Radiologie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Jan-Peter Schenkengel, Chefarzt
Telefon:	07321 33 2309
Fax:	07321 33 2308
E-Mail:	info@kliniken-heidenheim.de

B-[10].1.3 Weitere Zugänge

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:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<p>Konventionelle Röntgenaufnahmen</p> <p><i>Primärdiagnostik und Verlaufskontrollen in allen medizinischen Disziplinen, z.B. Lungenaufnahmen in der Inneren Medizin, Skelettaufnahmen in der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie.</i></p>
2	<p>Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)</p> <p><i>Mammographie (weibliche und männliche Brustdrüse), stereotaktische Punktion von abklärungsbedürftigen Herdbefunden der Brust im Rahmen des Brustzentrums.</i></p>
3	<p>Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren</p> <p><i>Untersuchung des Gastrointestinaltraktes (Speiseröhre, Magen, Dünn- und Dickdarm) mit wasserlöslichem oder anderem Kontrastmittel, spezielle Untersuchungen wie z.B. Enteroklysmata, Defäkogramm, Fisteldarstellungen.</i></p>
4	<p>Computertomographie (CT), nativ</p> <p><i>Notfalluntersuchung von "Kopf bis Fuß" rund um die Uhr (z.B. Unfälle, Schlaganfälle, Verdacht auf Nierensteine) stationär und ambulant.</i></p>
5	<p>Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel</p> <p><i>Insbesondere in der Diagnostik und Therapie bösartiger Erkrankungen.</i></p>
6	<p>Computertomographie (CT), Spezialverfahren</p> <p><i>CT durchleuchtungsgestützte Gewebeentnahmen (Biopsie), Abszessdrainagen und andere interventionelle Maßnahmen.</i></p>
7	<p>Arteriographie</p> <p><i>Selektive und superselektive Darstellung der arteriellen Blutgefäße des gesamten Körpers z.B. vor einem chirurgischen Eingriff oder einer interventionellen Maßnahme (Gefäßaufweitung, Stentimplantation, Auflösung eines Blutgerinnsels), Darstellung von Dialyseshuntans am Arm.</i></p>
8	<p>Phlebographie</p> <p><i>Darstellung der Bein- und Beckenvenen (z.B. bei Thrombose, Varizen).</i></p>
9	<p>Szintigraphie</p> <p><i>Schilddrüsendiagnostik mit TC- Uptakemessung, dynamische und statische Skelettuntersuchungen, dynamische und statische Nierenuntersuchungen (Bestimmung der glomerulären Exkretion/Filtration, ING). Bestimmung der Lungendurchblutung vor Lungenteilresektion, SLN (Wächterlymphknoten) vor Brustoperationen.</i></p>
10	<p>Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung</p> <p><i>Falls erforderlich bei allen CT Untersuchungen.</i></p>
11	<p>Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung</p> <p><i>Falls erforderlich bei allen CT Untersuchungen.</i></p>
12	<p>Magnetresonanztomographie (MRT), nativ</p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Neuer klinikeigener Standort Magnetresonanztomographie

13 Tumorembolisation

Transarterielle Chemoembolisation (TACE) zur Tumortherapie.

14 Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel

Neuer klinikeigener Standort Magnetresonanztomographie

15 RFA, PRT, Lysetherapie

Radiofrequenzablation (RFA), periradikuläre Therapie (PRT), lokale intraarterielle Lyse, Sympathikolyse.

B-[10].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0
Kommentar/Erläuterung:	Keine bettenführende Abteilung

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-[10].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	3104
2	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	1774
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	1223
4	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	1131
5	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	988
6	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	929
7	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	835
8	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	802
9	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	799

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	487
11	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	424
12	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	419
13	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	287
14	3-202	Native Computertomographie des Thorax	273
15	3-206	Native Computertomographie des Beckens	265
16	3-705.0	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Ein-Phasen-Szintigraphie	216
17	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	210
18	3-13d.5	Urographie: Retrograd	194
19	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	183
20	3-841	Magnetresonanz-Myelographie	180
21	3-055	Endosonographie der Gallenwege	141
22	3-056	Endosonographie des Pankreas	136
23	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	120
24	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	111
25	3-70c.x	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Sonstige	102
26	3-100.0	Mammographie: Eine oder mehr Ebenen	101
27	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	99
28	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	98
29	3-709.0	Szintigraphie des Lymphsystems: Planare Lymphszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik	76
30	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	67

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	3104
2	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	1774
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	1223
4	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	1131

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	988
6	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	929
7	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	835
8	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	802
9	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	799
10	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	487

B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	SPEZIALSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VR00 - diagnostische und interventionelle Röntgen- und CT-Verfahren auf Zuweisung
2	ZNA
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VR00 - Notfalldiagnostik in Kooperation mit den Kliniken des Hauses
	<i>Versorgung über die Zentrale Notaufnahme (ZNA)</i>
3	PRIVATSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
4	VOR- UND NACHSTATIONÄR
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VR00 -
	<i>Vor- und nachstationäre Leistungen für bettenführende Abteilungen</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	12
2	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	12
3	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	< 4

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

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	10,29	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 10,29	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,73	Stationär:	9,56
		Fälle je Anzahl:	0,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	4,50		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 4,50	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,32	Stationär:	4,18
		Fälle je Anzahl:	0,0

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

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

B-[10].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Radiologie

B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[11] Klinik für Urologie

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

Die Urologie verfügt über alle modernen diagnostischen und therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten für das gesamte Spektrum der urologischen Erkrankungen. Dazu zählen unter Anderem die gutartige Vergrößerung der Prostata (Vorsteherdrüse), der Prostatakrebs, gut- und bösartige Geschwülste der Niere, der Blase und des Hodens sowie Harnwegserkrankungen wie Nieren-, Harnleiter- und Blasensteine, die Inkontinenz, die Nierenbecken- und Blasenentzündung, der kindliche Hodenhochstand und die Refluxkrankheit bei Kindern. Aufgrund der demographischen Entwicklung hat der Anteil der Patienten mit bösartigen urologischen Erkrankungen in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen und macht heute mehr als die Hälfte der stationär behandelten Patienten in der Klinik für Urologie aus. Durch verbesserte Vorsorgeuntersuchung und Frühdiagnostik können viele dieser Patienten durch eine rechtzeitige Operation von ihrem Tumorleiden geheilt werden.

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Urologie
Straße:	Schloßhausstraße
Hausnummer:	100
PLZ:	89522
Ort:	Heidenheim
URL:	http://www.Kliniken-Heidenheim.de

B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2200) Urologie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Ulrich Wenderoth, Chefarzt
Telefon:	07321 33 2342
Fax:	07321 33 2351
E-Mail:	Info@kliniken-heidenheim.de

B-[11].1.3 Weitere Zugänge

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:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
6	Kinderurologie
7	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
8	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
9	Minimalinvasive endoskopische Operationen
10	Tumorchirurgie
11	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik

B-[11].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	1206
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N20.1	Ureterstein	222
2	N40	Prostatahyperplasie	114
3	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	111
4	N20.0	Nierenstein	110

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	44
6	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	44
7	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	42
8	N30.0	Akute Zystitis	41
9	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	33
10	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	28
11	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	25
12	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	22
13	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	21
14	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	18
15	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	13
16	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	12
17	N49.2	Entzündliche Krankheiten des Skrotums	12
18	N43.2	Sonstige Hydrozele	11
19	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	11
20	T83.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt	11
21	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	10
22	N35.9	Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet	10
23	R33	Harnverhaltung	9
24	D41.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Harnblase	8
25	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	8
26	N13.6	Pyonephrose	7
27	N02.8	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Sonstige morphologische Veränderungen	7
28	N21.0	Stein in der Harnblase	6
29	N28.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Niere und des Ureters	6
30	D40.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Hoden	6

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N20	Nieren- und Ureterstein	336
2	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	131

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	N40	Prostatahyperplasie	114
4	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	103
5	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	50
6	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	44
7	N30	Zystitis	43
8	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	28
9	A41	Sonstige Sepsis	27
10	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	25

B-[11].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	N20.1	Ureterstein	222
2	N40	Prostatahyperplasie	114
3	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	111
4	N20.0	Nierenstein	110
5	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	44
6	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	44
7	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	42
8	N30.0	Akute Zystitis	41
9	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	33
10	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	28
11	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	25
12	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	22
13	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	21
14	N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	18
15	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	18
16	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	13
17	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	13

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
18	N49.2	Entzündliche Krankheiten des Skrotums	12
19	N43.2	Sonstige Hydrozele	11
20	T83.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt	11
21	N35.9	Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet	10
22	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	10
23	R33	Harnverhaltung	9
24	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	8
25	D41.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Harnblase	8
26	N13.6	Pyonephrose	7
27	N02.8	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Sonstige morphologische Veränderungen	7
28	N28.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Niere und des Ureters	6
29	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	6
30	D40.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Hoden	6

B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	852
2	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	320
3	8-137.2	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung	225
4	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	144
5	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	135
6	5-560.3x	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Einlegen eines Stents, transurethral: Einlegen eines permanenten sonstigen Stents	125
7	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	104

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	5-573.41	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävulinsäure	97
9	5-562.4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch	88
10	5-989	Fluoreszenzgestützte Therapieverfahren	88
11	5-562.5	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch, mit Desintegration (Lithotripsie)	84
12	8-133.0	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel	80
13	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	79
14	8-110.2	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen: Niere	76
15	5-585.0	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, ohne Sicht	58
16	3-992	Intraoperative Anwendung der Verfahren	48
17	8-541.4	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In die Harnblase	44
18	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	44
19	5-570.4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral	42
20	5-550.1	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrostomie	39
21	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	38
22	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	38
23	5-579.42	Andere Operationen an der Harnblase: Operative Blutstillung: Transurethral	36
24	5-611	Operation einer Hydrocele testis	25
25	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	24
26	8-138.0	Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters: Wechsel ohne operative Dilatation	23
27	3-13d.6	Urographie: Perkutan	20
28	8-137.03	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Intraoperativ	18

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
29	5-554.a3	Nephrektomie: Nephrektomie ohne weitere Maßnahmen: Laparoskopisch	18
30	1-334.x	Urodynamische Untersuchung: Sonstige	17

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	852
2	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	627
3	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	206
4	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	195
5	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	158
6	5-560	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters	143
7	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	135
8	5-572	Zystostomie	106
9	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	97
10	5-989	Fluoreszenzgestützte Therapieverfahren	88

B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ZNA
	Notfallambulanz (24h)
	Versorgung über die Zentrale Notaufnahme (ZNA)
2	VOR- UND NACHSTATIONÄR
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
3	PRIVATSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
4	SPEZIALSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VU14 - Spezialsprechstunde

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-640	Operationen am Präputium	54
2	5-611	Operation einer Hydrocele testis	9
3	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	7
4	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	6
5	8-110	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen	5
6	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	4
7	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4
8	5-624	Orchidopexie	< 4
9	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
10	5-633	Epididymektomie	< 4

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

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	5,72	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,72	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,41	Stationär:	5,31
		Fälle je Anzahl:	227,1

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	3,58
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,58	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,26	Stationär: 3,32
		Fälle je Anzahl: 363,3

B-[11].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Urologie

B-[11].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 12,71

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 12,52	Ohne: 0,19
Versorgungsform:	Ambulant: 0,91	Stationär: 11,80
		Fälle je Anzahl: 102,2

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	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Kinästhetik
2	Kontinenzmanagement

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
3	Schmerzmanagement
4	Stomamanagement

B-[12] Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie

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

In der Klinik werden praktisch alle bekannten Eingriffe durchgeführt, abgesehen von Organtransplantationen. Zum Behandlungsspektrum gehören: Thoraxchirurgie mit Operationen am Brustfell, am Mittelfell, der Lunge und der Speiseröhre; Endokrine Chirurgie mit Operationen der Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Nebenniere; Viszeralchirurgie mit Operationen an Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm, Gallenblase, Gallenwege, Bauchspeicheldrüse, Dünn- und Dickdarm (fast-track Chirurgie), Mastdarm, Narbenbrüche, Leistenhernien, Appendix. Hinzu kommen die minimal-invasive Chirurgie mit Operationen an Gallenblasen, Leistenbrüchen, Antirefluxplastiken, Dickdarm (fast-track-Chirurgie), Mastdarm, Milz, Nebenniere, Zwerchfellbrüche, Appendix, TEM sowie die onkologische Chirurgie mit Operationen bei Karzinomen der Schilddrüse, der Speiseröhre und des Magens, Darms und Mastdarms, der Leber, des Pankreas, Weichteiltumoren, Hauttumoren, Implantationen von Ports zur Chemotherapie. Ergänzt wird das Spektrum durch die Proktologie (Hämorrhoiden, Fissuren, Fisteln, Tumoren des Enddarmes) Gefäßchirurgie und Kinderchirurgie.

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Straße:	Schloßhausstraße
Hausnummer:	100
PLZ:	89522
Ort:	Heidenheim
URL:	http://www.Kliniken-Heidenheim.de

B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie
2	(1518) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
3	(1520) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
4	(1550) Allgemeine Chirurgie/Schwerp. Abdominal-/Gefäßchirurgie
5	(3757) Visceralchirurgie

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

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Andreas Imdahl, Chefarzt
Telefon:	07321 33 2172
Fax:	07321 33 2204
E-Mail:	info@kliniken-heidenheim.de

B-[12].1.3 Weitere Zugänge

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	Kinderchirurgie <i>Blinddarm, Hernien, Weichteiltumoren, Pylorushypertrophie</i>
2	Fast-track-Chirurgie <i>Dick- und Dünndarmchirurgie</i>
3	Lungenchirurgie <i>Minimal invasive (VATS) und offene Verfahren: gutartige und bösartige Erkrankungen des Brustfells, der Lunge und des Mediastinums sowie Thoraxtraumata. In der Klinik arbeiten spezialisierte Thoraxchirurgen.</i>
4	Operationen wegen Thoraxtrauma <i>In der Klinik arbeiten spezialisierte Thoraxchirurgen.</i>
5	Speiseröhrenchirurgie <i>In der Klinik arbeiten spezialisierte Viszeral- und spezialisierte Thoraxchirurgen. Speiseröhrenchirurgie ist Schwerpunkt des Chefarztes.</i>
6	Thorakoskopische Eingriffe <i>Minimal invasive (VATS) Verfahren bei Erkrankungen des Brustfells, der Lunge und des Mediastinums (inkl. bösartiger Erkrankungen) sowie Thoraxtraumata. In der Klinik arbeiten spezialisierte Thoraxchirurgen.</i>
7	Aortenaneurysmachirurgie <i>Es werden alle gängigen invasiven und interventionelle Verfahren durchgeführt, inclusive Stentoperationen. In der Klinik arbeiten spezialisierte Gefäßchirurgen.</i>
8	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen <i>Es werden alle gängigen invasiven und interventionelle Verfahren durchgeführt. In der Klinik arbeiten spezialisierte Gefäßchirurgen.</i>
9	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen <i>Es werden alle gängigen konservativen und interventionelle Verfahren angewandt (z.B. Auflösung von arteriellen Blutgerinnseln).</i>
10	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen <i>Es werden alle gängigen invasiven und interventionelle Verfahren durchgeführt. In der Klinik arbeiten spezialisierte Gefäßchirurgen.</i>
11	Endokrine Chirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>Bei hohen Fallzahlen beschäftigt sich die Klinik seit Jahren mit der Chirurgie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse, in jüngerer Zeit vermehrt auch mit der Nebenniere.</i>
12	<p>Magen-Darm-Chirurgie</p> <p><i>Operiert werden neben Tumorerkrankungen auch gutartige und entzündliche Erkrankungen von Magen und Darm sowie Leistenbrüche, Narbenbrüche und Entzündungen der Bauchspeicheldrüse. In der Klinik arbeiten spezialisierte Viszeralchirurgen.</i></p>
13	<p>Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie</p> <p><i>Neben den Standardeingriffen werden auch große Operationen an Leber (Hemihepatektomie), Galle und Bauchspeicheldrüse durchgeführt. In der Klinik arbeiten spezialisierte Viszeralchirurgen.</i></p>
14	<p>Tumorchirurgie</p> <p><i>Alle gängigen Tumorerkrankungen werden operiert: Schilddrüse, Speiseröhre, Lunge, Magen, Darm (zertifiziertes Darmzentrum), Leber, Pankreas, Mastdarm, Weichteil-, Hauttumore. Durchgeführt werden auch Portimplantationen. Die Chirurgische Onkologie ist Hauptschwerpunkt des leitenden Arztes der Klinik.</i></p>
15	<p>Minimalinvasive laparoskopische Operationen</p> <p><i>Laparoskopische Operationen an Blinddarm, Galle, Hernien, Refluxerkrankungen der Speiseröhre (Fundoplikatio), Nebenniere und Darm (entzündlich oder bösartig).</i></p>
16	<p>Minimalinvasive endoskopische Operationen</p> <p><i>Minimalinvasive Chirurgie des Analkanals und Mastdarms (TEM). Minimal invasive Chirurgie der Schilddrüse (ABBA).</i></p>
17	<p>Proktologie</p> <p><i>Proktologie, Hämorrhoiden, Fissuren, Rectumprolaps, Tumore des Enddarms. In der Klinik arbeitet ein spezialisierter Facharzt für Chirurgie und Proktologie.</i></p>
18	<p>Spezialsprechstunde</p> <p><i>Spezialsprechstunden für Visceral, Gefäß-, Thoraxchirurgie, Tumorsprechstunde, Proktologie, Wundsprechstunde</i></p>
19	<p>Dialysehuntchirurgie</p> <p><i>Es werden alle gängigen invasiven und interventionelle Verfahren durchgeführt. In der Klinik arbeiten spezialisierte Gefäßchirurgen.</i></p>
20	<p>Portimplantation</p> <p><i>Implantation von Portsystemen v.a. zur Chemotherapie. Die Chirurgische Onkologie ist Hauptschwerpunkt des leitenden Arztes der Klinik.</i></p>
21	<p>Organzentrum</p> <p><i>Darmzentrum, Gefäßzentrum, Lungenzentrum</i></p>
22	<p>Mediastinoskopie</p> <p><i>Minimal invasive (VATS) und offene Verfahren: gutartige und bösartige Erkrankungen des Brustfells, der Lunge und des Mediastinums sowie Thoraxtraumata. In der Klinik arbeiten spezialisierte Thoraxchirurgen.</i></p>

B-[12].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	2367
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	159
2	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	158
3	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	129
4	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	96
5	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	69
6	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	61
7	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	59
8	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	52
9	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	51
10	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	49
11	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	43
12	K61.1	Rektalabszess	41
13	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	40
14	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	39
15	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	38
16	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	35
17	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	33
18	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	28
19	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	28

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	28
21	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	27
22	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	25
23	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	24
24	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	23
25	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	21
26	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	21
27	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	20
28	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	19
29	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	19
30	K61.2	Anorektalabszess	18

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70	Atherosklerose	431
2	K80	Cholelithiasis	225
3	E04	Sonstige nichttoxische Struma	132
4	K40	Hernia inguinalis	125
5	K35	Akute Appendizitis	94
6	K57	Divertikulose des Darmes	87
7	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	72
8	I83	Varizen der unteren Extremitäten	64
9	K43	Hernia ventralis	56
10	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	53

B-[12].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien	430
2	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	129

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
3	K80.0	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis	98
4	K35.3	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis	82
5	K80.1	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis	69
6	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	54
7	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	52
8	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	51
9	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	51
10	K40.3	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän	45
11	K80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis	43
12	K61.1	Rektalabszess	41
13	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	39
14	E11.7	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen	39
15	K57.2	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	32
16	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	28
17	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	28
18	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	27
19	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	25
20	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	24
21	K40.2	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	23
22	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	21
23	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	21

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
24	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	19
25	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	18
26	K61.2	Anorektalabszess	18
27	T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate	17
28	K36	Sonstige Appendizitis	17
29	K60.3	Analfistel	17
30	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	16

B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	227
2	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	211
3	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	169
4	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Arterien Oberschenkel	148
5	5-932.00	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung	146
6	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	133
7	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	128
8	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Unterschenkel	120
9	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	112
10	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	100
11	8-83b.c5	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs ohne Anker	98
12	5-381.02	Enderarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	88
13	5-381.70	Enderarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	88

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentenfreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	87
15	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	82
16	5-061.0	Hemithyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	78
17	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	71
18	5-393.9	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Temporärer arterio-arterieller Shunt (intraoperativ)	59
19	5-541.0	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	58
20	5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	57
21	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	53
22	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	52
23	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	51
24	5-062.5	Andere partielle Schilddrüsenresektion: Subtotale Resektion, einseitig mit Hemithyreoidektomie der Gegenseite	47
25	5-063.0	Thyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	46
26	8-836.7k	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Thrombolyse: Arterien Oberschenkel	44
27	5-470.0	Appendektomie: Offen chirurgisch	43
28	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	42
29	5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	42
30	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	42

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	389
2	5-381	Endarteriektomie	351
3	5-511	Cholezystektomie	283
4	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	250
5	5-916	Temporäre Weichteildeckung	249

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	5-469	Andere Operationen am Darm	235
7	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	184
8	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	166
9	5-470	Appendektomie	162
10	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	157

B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	VOR- UND NACHSTATIONÄR
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
2	ZNA
	Notfallambulanz (24h)
	Versorgung über die Zentrale Notaufnahme (ZNA)
3	PRIVATSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
4	SPEZIALSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
	VC58 - Spezialsprechstunde

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	31
2	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	15
3	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	10
4	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	6
5	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	6
6	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4
7	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
8	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	5-402	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff	< 4
10	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[12].11 Personelle Ausstattung

B-[12].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt: 16,97 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 16,97 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 1,21 **Stationär:** 15,76
Fälle je Anzahl: 150,2

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt: 9,07

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 9,07 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,65 **Stationär:** 8,42
Fälle je Anzahl: 281,1

B-[12].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinchirurgie
2	Gefäßchirurgie

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
3	Thoraxchirurgie
4	Viszeralchirurgie

B-[12].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Proktologie

B-[12].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	27,11		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	27,11	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	1,93	Stationär: 25,18
			Fälle je Anzahl: 94,0

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,21		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,21	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,21
			Fälle je Anzahl: 11271,4

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,05		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,05	Ohne: 0,00

Versorgungsform:

Ambulant: 0,00

Stationär: 0,05

Fälle je

47340,0

Anzahl:

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

ANERKANNTEN FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Pflege in der Onkologie
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Ernährungsmanagement
2	Kinästhetik
3	Kontinenzmanagement
4	Schmerzmanagement
5	Stomamanagement
6	Wundmanagement

B-[13] Zentrale Notaufnahme

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Zentrale Notaufnahme
Straße:	Schloßhausstraße
Hausnummer:	100
PLZ:	89522
Ort:	Heidenheim
URL:	http://www.Kliniken-Heidenheim.de

B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0100) Innere Medizin
2	(3700) Sonstige Fachabt.

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

Name/Funktion:	Norbert Pfeufer, MBA, Chefarzt
Telefon:	07321 33 91120
Fax:	07321 33 2048
E-Mail:	info@kliniken-heidenheim.de

B-[13].1.3 Weitere Zugänge

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	Notfallmedizin
2	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
3	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
4	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
5	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
6	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
12	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
14	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
15	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
16	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
17	Schulterchirurgie
18	Diagnostik und Therapie von Allergien
19	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
20	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
21	Wundheilungsstörungen
22	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
23	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
24	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
25	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
26	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
27	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
28	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
29	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
30	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
31	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
32	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
33	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
34	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
35	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
36	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
37	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
38	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
39	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
40	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
41	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
42	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
43	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
44	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
45	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
46	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
47	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
48	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
49	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
50	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
51	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
52	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
53	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
54	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
55	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
56	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
57	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
58	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
59	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
60	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
61	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
62	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
63	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
64	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
65	Kinderorthopädie
66	Metall-/Fremdkörperentfernungen
67	Sportmedizin/Sporttraumatologie
68	Traumatologie
69	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
70	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
71	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
72	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
73	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
74	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
75	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
76	Konventionelle Röntgenaufnahmen
77	Duplexsonographie
78	Eindimensionale Dopplersonographie
79	Native Sonographie
80	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
81	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
82	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
83	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
84	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
85	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
86	Akute und sekundäre Traumatologie

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	1257
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06.0	Gehirnerschütterung	108
2	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	81
3	I20.9	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet	77
4	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	76
5	R55	Synkope und Kollaps	34
6	T63.4	Toxische Wirkung: Gift sonstiger Arthropoden	32
7	I20.0	Instabile Angina pectoris	29
8	T78.3	Angioneurotisches Ödem	27
9	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	27
10	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	25
11	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	23
12	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	17
13	Z03.4	Beobachtung bei Verdacht auf Herzinfarkt	16
14	S20.2	Prellung des Thorax	15
15	R00.0	Tachykardie, nicht näher bezeichnet	12
16	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	11
17	J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	11
18	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	10
19	R42	Schwindel und Taumel	10
20	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	10
21	E86	Volumenmangel	10
22	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet	9
23	N20.0	Nierenstein	9
24	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	8
25	S01.0	Offene Wunde der behaarten Kopfhaut	8
26	S00.05	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung	8
27	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	8
28	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	7
29	M54.4	Lumboischialgie	7

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	7

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06	Intrakranielle Verletzung	113
2	I20	Angina pectoris	109
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	99
4	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	89
5	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	49
6	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	45
7	R55	Synkope und Kollaps	34
8	T63	Toxische Wirkung durch Kontakt mit giftigen Tieren	32
9	I47	Paroxysmale Tachykardie	30
10	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	28

B-[13].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	S06.0	Gehirnerschütterung	108
2	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	81
3	I10.0	Benigne essentielle Hypertonie	79
4	I20.9	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet	77
5	R55	Synkope und Kollaps	34
6	T63.4	Toxische Wirkung: Gift sonstiger Arthropoden	32
7	I20.0	Instabile Angina pectoris	29
8	T78.3	Angioneurotisches Ödem	27
9	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	27
10	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	25
11	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	23
12	I10.9	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet	18

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
13	Z03.4	Beobachtung bei Verdacht auf Herzinfarkt	16
14	S20.2	Prellung des Thorax	15
15	R00.0	Tachykardie, nicht näher bezeichnet	12
16	J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	11
17	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	11
18	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	10
19	R42	Schwindel und Taumel	10
20	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	10
21	E86	Volumenmangel	10
22	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet	9
23	N20.0	Nierenstein	9
24	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	8
25	S00.0	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut	8
26	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	8
27	S01.0	Offene Wunde der behaarten Kopfhaut	8
28	S43.0	Luxation des Humerus nach hinten	8
29	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	7
30	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	7

B-[13].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	451
2	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	21
3	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	8

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	5-900.x4	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sonstige: Sonstige Teile Kopf	6
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	5
6	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	4
7	5-900.08	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Unterarm	3
8	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	3
9	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	3
10	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	3
11	8-132.1	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, einmalig	2
12	3-055	Endosonographie der Gallenwege	2
13	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	2
14	5-900.x9	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sonstige: Hand	2
15	5-900.1e	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Oberschenkel und Knie	1
16	1-610.0	Diagnostische Laryngoskopie: Direkt	1
17	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	1
18	5-450.3	Inzision des Darmes: Perkutan-endoskopische Jejunostomie (PEJ)	1
19	5-469.10	Andere Operationen am Darm: Bridenlösung: Offen chirurgisch	1
20	1-100	Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie	1
21	3-056	Endosonographie des Pankreas	1
22	1-652.3	Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma: Proktoskopie	1
23	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	1
24	1-854.7	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Kniegelenk	1
25	5-895.0a	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Brustwand und Rücken	1
26	8-159.x	Andere therapeutische perkutane Punktion: Sonstige	1

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	8-144.2	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter	1
28	5-455.72	Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	1
29	5-534.0x	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss: Sonstige	1
30	8-191.11	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband: Mit Debridement-Bad	1

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	451
2	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	36
3	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	8
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	7
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	5
6	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	4
7	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	4
8	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	< 4
9	8-132	Manipulationen an der Harnblase	< 4
10	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	< 4

B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ZENTRALE NOTAUFNAHME (ZNA)
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VZ01 - Akute und sekundäre Traumatologie
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien
	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien

1	ZENTRALE NOTAUFNAHME (ZNA)
	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes

1	ZENTRALE NOTAUFNAHME (ZNA)
	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
	VD07 - Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
	VR04 - Duplexsonographie
	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
	VO12 - Kinderorthopädie
	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
	VR02 - Native Sonographie
	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
	VC71 - Notfallmedizin
	VO19 - Schulterchirurgie
	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
	VO21 - Traumatologie
	VD20 - Wundheilungsstörungen

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

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

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt: 6,03 Maßgebliche wöchentliche
tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungs-
verhältnis: Mit: 5,38 Ohne: 0,65

Versorgungsform: Ambulant: 2,92 Stationär: 3,11
Fälle je
Anzahl: 404,2

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt: 4,06

Beschäftigungs-
verhältnis: Mit: 4,06 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 1,97 Stationär: 2,09
Fälle je
Anzahl: 601,4

B-[13].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie
2	Innere Medizin

B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Tropenmedizin

B-[13].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	23,80		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	23,57	Ohne: 0,23
Versorgungsform:	Ambulant:	11,52	Stationär: 12,28
			Fälle je Anzahl: 102,4

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	3,26		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	3,26	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	1,58	Stationär: 1,68
			Fälle je Anzahl: 748,2

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Kinästhetik
2	Wundmanagement

B-[14] Belegklinik für Augenheilkunde

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

Die Augenheilkunde wird als Belegklinik im Belegarztsystem geleitet. Patienten anderer Kliniken mit augenärztlichen Fragestellungen werden konsiliarisch betreut. Behandlungsspektrum: Operationen am grauen Star (Katarakt), Behandlung des altersabhängigen Maculadegeneration mittels intravitrealer Medikamenteneingabe (Core-Vitrektomie), Refraktive Linsen Chirurgie, Lidoperationen, Schiel-Operationen, Augenärztliche Konsile (Untersuchungen) bei Patienten anderer Fachkliniken, Nachstarbehandlung, Laseroperationen und kosmetische Laserbehandlungen.

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Belegklinik für Augenheilkunde
Straße:	Schloßhaustraße
Hausnummer:	100
PLZ:	89522
Ort:	Heidenheim
URL:	http://www.Kliniken-Heidenheim.de

B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2700) Augenheilkunde

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

B-[14].1.3 Weitere Zugänge

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

B-[14].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-[14].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[14].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[14].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[14].11 Personelle Ausstattung

B-[14].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

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

B-[14].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

B-[14].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[15] Belegklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[15].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Das belegärztliche Spektrum umfasst außer der großen Tumorchirurgie und schwierigen Ohroperationen das gesamte Spektrum der Nasennebenchirurgie, wie Mandeloperationen (Tonsillektomien), Eingriffe an der Nase, wie Septumplastiken, Rhinoplastiken, Nasennebenhöhlenoperationen, bis hin zur Pansinus-Operation. Dank modernem Operationsinstrumentariums, wie z. B. dem Shaver, können Nasen- und Nasennebenhöhlenoperationen sehr elegant durchgeführt werden und sind somit auf dem neuesten Stand der Technik. Zusätzlich werden Patienten anderer Fachkliniken des Hauses konsiliarisch durch Belegärzte betreut.

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Belegklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Straße:	Schloßhaustraße
Hausnummer:	100
PLZ:	89522
Ort:	Heidenheim
URL:	http://www.Kliniken-Heidenheim.de

B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[15].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Steffan Wenig, Belegarzt
Telefon:	07321 33 0
Fax:	07321 33 2048
E-Mail:	info@kliniken-heidenheim.de

Name/Funktion:	Dr. med. Thomas Reißnecker, Belegarzt
Telefon:	07321 33 0
Fax:	07321 33 2048
E-Mail:	info@kliniken-heidenheim.de

Name/Funktion:	Alexander Specht, Belegarzt
Telefon:	07321 33 0
Fax:	07321 33 2048

E-Mail:	info@kliniken-heidenheim.de
Name/Funktion:	Irina Roon, Belegärztin
Telefon:	07321 33 0
Fax:	07321 33 2048
E-Mail:	info@kliniken-heidenheim.de

B-[15].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Gemeinschaftspraxis Bergstraße 18
PLZ/Ort:	89518 Heidenheim

Adresse:	Gemeinschaftspraxis Bergstraße 2
PLZ/Ort:	89518 Heidenheim

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	In ausgewählten Einzelfällen rheologische (Blutfluss verbessernde) Infusionsbehandlung.
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes <i>z.B. Paracentesen (Einschnitt des Trommelfells bei eitriger Mittelohrentzündung)</i>
3	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege <i>Tonsillektomien (Entfernung der Gaummenmandeln). Entfernung der Rachenmandeln, Nasenscheidewand- und Nasenplastiken, Nasennebenhöhlenoperationen bis zu Pansinus-Operationen sowie Weichteilchirurgie, wie die Entfernung von Speicheldrüsen und Halszysten.</i>
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen <i>Nasennebenhöhlenoperationen, Pansinus-Operationen</i>

B-[15].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	87
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J35.0	Chronische Tonsillitis	52
2	J34.2	Nasenseptumdeviation	19
3	J35.3	Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel	< 4
4	J32.4	Chronische Pansinusitis	< 4
5	J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	< 4
6	J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln	< 4
7	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	< 4
8	J32.8	Sonstige chronische Sinusitis	< 4
9	J38.3	Sonstige Krankheiten der Stimmlippen	< 4
10	J34.3	Hypertrophie der Nasenmuscheln	< 4
11	J36	Peritonsillarabszess	< 4
12	J33.8	Sonstige Polypen der Nasennebenhöhlen	< 4
13	J38.4	Larynxödem	< 4

B-[15].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	59
2	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	20
3	J32	Chronische Sinusitis	4
4	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
5	J36	Peritonsillarabszess	< 4
6	J33	Nasenpolyp	< 4

B-[15].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	J35.0	Chronische Tonsillitis	52
2	J34.2	Nasenseptumdeviation	19
3	J35.3	Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel	< 4
4	J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	< 4
5	J32.4	Chronische Pansinusitis	< 4
6	J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln	< 4
7	J34.3	Hypertrophie der Nasenmuscheln	< 4
8	J32.8	Sonstige chronische Sinusitis	< 4
9	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	< 4
10	J36	Peritonsillarabszess	< 4
11	J33.8	Sonstige Polypen der Nasennebenhöhlen	< 4
12	J38.4	Larynxödem	< 4
13	J38.3	Sonstige Krankheiten der Stimmlippen	< 4

B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	50
2	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	23
3	5-289.1	Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln: Operative Blutstillung nach Tonsillektomie	5
4	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	5
5	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	5
6	5-282.0	Tonsillektomie mit Adenotomie: Mit Dissektionstechnik	5
7	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	3
8	5-289.4	Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln: Exzision von erkranktem Gewebe	2
9	5-215.2	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchektomie	2

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	5-300.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch	2
11	5-215.00	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Destruktion: Diathermie	2
12	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	2
13	5-210.1	Operative Behandlung einer Nasenblutung: Elektrokoagulation	1
14	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiell, transoral	1
15	5-275.8	Palatoplastik: Velopharyngoplastik	1
16	5-221.1	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über mittleren Nasengang	1
17	5-285.1	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Readenotomie	1
18	5-98f	Einsatz von Shavertechnik zur Weichteil- und Knochenabtragung bei Operationen an Nase, Nasennebenhöhlen und Gesichtsschädelknochen	1
19	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	1
20	5-294.4	Andere Rekonstruktionen des Pharynx: (Uvulo-)Palatopharyngoplastik	1
21	5-215.1	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden	1
22	5-229	Andere Operationen an den Nasennebenhöhlen	1
23	5-281.4	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Rest-Tonsillektomie	1
24	5-289.2	Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln: Operative Blutstillung nach Adenotomie	1

B-[15].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	52
2	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	23
3	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	10
4	5-289	Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln	8
5	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	5
6	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	5
7	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	4
8	5-200	Parazentese [Myringotomie]	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	< 4
10	5-98f	Einsatz von Shavertechnik zur Weichteil- und Knochenabtragung bei Operationen an Nase, Nasennebenhöhlen und Gesichtsschädelknochen	< 4

B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	60
2	5-200	Parazentese [Myringotomie]	22
3	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	12
4	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	< 4
5	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	< 4

B-[15].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[15].11 Personelle Ausstattung

B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	4
Fälle je Anzahl:	21,8

B-[15].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

B-[15].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 1,20

Beschäftigungs-
verhältnis:

Mit: 1,20

Ohne: 0,00

Versorgungsform:

Ambulant: 0,00

Stationär: 1,20

Fälle je
Anzahl: 72,5

B-[16] Belegklinik für Homöotherapie

B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Die Belegklinik gehört seit über sechs Jahrzehnten zum fest etablierten medizinischen Angebot des Klinikums Heidenheim. Die "schulmedizinischen" Therapien werden hier um die besonderen Therapieformen der Naturheilkunde, insbesondere der Homöopathie und der Anthroposophischen Medizin, erweitert. Einen besonderen Stellenwert bei den Therapien besitzen äußere Anwendungen wie Wickel, Auflagen oder Einreibungen, die - so die jahrelange Erfahrung - eine erhebliche Heilwirkung erzielen. Erkrankungen wie Lungenentzündungen, Wundrosen oder Nierenbeckenentzündungen lassen sich beispielsweise damit nahezu immer ohne Antibiotika oder fiebersenkende Medikamente heilen.

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Belegklinik für Homöotherapie
Straße:	Schloßhausstraße
Hausnummer:	100
PLZ:	89522
Ort:	Heidenheim
URL:	http://www.Kliniken-Heidenheim.de

B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0154) Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde

B-[16].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Andreas Laubersheimer, Belegarzt
Telefon:	07321 33 0
Fax:	07321 33 2048
E-Mail:	info@kliniken-heidenheim.de

B-[16].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Praxis Am Wedelgraben 16
PLZ/Ort:	89522 Heidenheim

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:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut <i>z. B. Neurodermitis, Psoriasis</i>
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) <i>z. B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn</i>
3	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen <i>Maligne Tumore aller Art und Schwere</i>
4	Naturheilkunde <i>Therapie mit homöopathisch-anthroposophischen Medikamenten, äußeren Anwendungen, etc.. Im Wesentlichen erfolgt ausschließlich die Verwendung naturheilkundlicher Medikamente auch bei schweren Erkrankungen.</i>
5	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen <i>z.B. Encephalitis disseminata</i>
6	Diagnostik und Therapie von Burn-out-Syndromen, Neurasthenie.

B-[16].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[16].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	246
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	15
2	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	13
3	R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz	9
4	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	7

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	6
6	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	6
7	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	6
8	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	5
9	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	5
10	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4
11	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	< 4
12	F60.30	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ	< 4
13	F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	< 4
14	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	< 4
15	F43.2	Anpassungsstörungen	< 4
16	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	< 4
17	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	< 4
18	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	< 4
19	F42.0	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang	< 4
20	R52.1	Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz	< 4
21	E80.2	Sonstige Porphyrie	< 4
22	G35.21	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	< 4
23	G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	< 4
24	M79.70	Fibromyalgie: Mehrere Lokalisationen	< 4
25	M06.00	Seronegative chronische Polyarthritits: Mehrere Lokalisationen	< 4
26	E87.6	Hypokaliämie	< 4
27	K50.1	Crohn-Krankheit des Dickdarmes	< 4
28	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	< 4
29	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	< 4
30	L43.8	Sonstiger Lichen ruber planus	< 4

B-[16].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F32	Depressive Episode	28
2	F33	Rezidivierende depressive Störung	14

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	11
4	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	8
5	F45	Somatoforme Störungen	8
6	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	7
7	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	6
8	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	6
9	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	6
10	K74	Fibrose und Zirrhose der Leber	4

B-[16].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	15
2	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	13
3	R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz	9
4	F45.4	Anhaltende Schmerzstörung	7
5	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	7
6	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	6
7	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	6
8	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	5
9	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	5
10	K57.2	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	< 4
11	G35.2	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf	< 4
12	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	< 4
13	F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	< 4
14	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	< 4
15	F43.2	Anpassungsstörungen	< 4
16	F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	< 4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
17	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4
18	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	< 4
19	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	< 4
20	F42.0	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang	< 4
21	I48.2	Vorhofflimmern, permanent	< 4
22	M06.0	Seronegative chronische Polyarthritis	< 4
23	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	< 4
24	G44.2	Spannungskopfschmerz	< 4
25	L43.8	Sonstiger Lichen ruber planus	< 4
26	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	< 4
27	R52.1	Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz	< 4
28	C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	< 4
29	E80.2	Sonstige Porphyrie	< 4
30	M79.7	Fibromyalgie	< 4

B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-975.3	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung	168
2	9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	12
3	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	11
4	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	10
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	8
6	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	6
7	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	6
8	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	6

Qualitätsbericht 2017
Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	4
10	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	4
11	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	4
12	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	4
13	9-200.5	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 101 bis 129 Aufwandspunkte	3
14	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	3
15	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	3
16	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	3
17	5-452.71	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	3
18	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	3
19	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Unterschenkel	3
20	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	3
21	6-004.13	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Hämin, parenteral: 600 mg bis unter 800 mg	2
22	9-200.b	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 275 bis 303 Aufwandspunkte	2
23	5-469.10	Andere Operationen am Darm: Bridenlösung: Offen chirurgisch	2
24	8-836.7k	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Thrombolyse: Arterien Oberschenkel	2
25	8-83b.08	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	2
26	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	2
27	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	2
28	6-004.14	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Hämin, parenteral: 800 mg bis unter 1.000 mg	2
29	5-454.00	Resektion des Dünndarmes: Segmentresektion des Duodenums: Offen chirurgisch	2
30	5-513.n0	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothesen: Eine Stent-Prothese	2

B-[16].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-975	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung	168
2	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	31
3	5-469	Andere Operationen am Darm	19
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	14
5	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	11
6	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	10
7	5-454	Resektion des Dünndarmes	6
8	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	6
9	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	6
10	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	6

B-[16].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	1
Fälle je Anzahl:	246,0

B-[16].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinmedizin

B-[16].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Homöopathie

B-[16].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	9,18		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	9,18	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 9,18
			Fälle je Anzahl: 26,8

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,25		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,25	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,25
			Fälle je Anzahl: 984,0

B-[16].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

B-[16].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Basale Stimulation
2	Kinästhetik
3	Schmerzmanagement

B-[17] Belegklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

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

Als medizinische Fachdisziplin stellt die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie das Bindeglied zwischen Medizin und Zahnheilkunde dar. Die zahnärztliche Chirurgie bildet dabei lediglich einen Teil am Gesamtspektrum der Fachdisziplin. Ein wichtiges Gebiet der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie stellt die operative Korrektur von Fehl- und Missbildungen im Gesichtsbereich dar.

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Belegklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Straße:	Schloßhausstraße
Hausnummer:	100
PLZ:	89522
Ort:	Heidenheim
URL:	http://www.Kliniken-Heidenheim.de

B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[17].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Dr. med. Stefan Steckeler, Belegarzt
Telefon:	07321 33 0
Fax:	07321 33 2048
E-Mail:	info@kliniken-heidenheim.de

Name/Funktion:	Dr. med. Thomas Fröschl, Belegarzt
Telefon:	07321 33 0
Fax:	07321 33 2048
E-Mail:	info@kliniken-heidenheim.de

B-[17].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Praxis am Brenzpark Kurze Straße 7
PLZ/Ort:	89522 Heidenheim

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	Dentoalveoläre Chirurgie
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen <i>z. B. Therapie von Kieferhöhlenzysten</i>
3	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie <i>Hautlappenplastik z. B. Split-Flap</i>
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle <i>Plattenepithel-Karzinom</i>
5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes <i>Entfernung von Speichelsteinen</i>
6	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren <i>Exzision von Basaliomen am Ohr</i>
7	Akute und sekundäre Traumatologie
8	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose
9	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen

B-[17].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[17].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	9
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K07.5	Funktionelle dentofaziale Anomalien	< 4
2	K07.1	Anomalien des Kiefer-Schädelbasis-Verhältnisses	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	K01.1	Impaktierte Zähne	< 4
4	C41.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Unterkieferknochen	< 4
5	S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	< 4

B-[17].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K07	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	6
2	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	< 4
3	C41	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	< 4
4	K01	Retinierte und impaktierte Zähne	< 4

B-[17].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	K07.1	Anomalien des Kiefer-Schädelbasis-Verhältnisses	< 4
2	K07.5	Funktionelle dentofaziale Anomalien	< 4
3	K01.1	Impaktierte Zähne	< 4
4	S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers	< 4
5	C41.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Unterkieferknochen	< 4

B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	6
2	5-777.31	Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der Le-Fort-I-Ebene in einem Stück: Mit Distraction	4
3	5-231.00	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Ein Zahn	4
4	5-776.3	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes: Mit Kontinuitätsdurchtrennung am horizontalen Mandibulaast	3
5	5-776.4	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes: Mit Kontinuitätsdurchtrennung am aufsteigenden Mandibulaast	3

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	5-230.2	Zahnextraktion: Mehrere Zähne eines Quadranten	2
7	5-894.14	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	1
8	5-231.13	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Teilweise retinierter oder verlagertes Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	1
9	8-202.1	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Gelenkluxation an der Wirbelsäule ohne Osteosynthese: Geschlossene Reposition mit Immobilisation	1
10	5-761.13	Reposition einer zentralen Mittelgesichtsfraktur: Maxilla, offen: Osteosynthese durch Platte	1
11	5-231.01	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne eines Quadranten	1
12	5-231.02	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne eines Kiefers	1
13	5-250.2	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge: Exzision	1
14	5-231.03	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	1
15	5-777.30	Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der Le-Fort-I-Ebene in einem Stück: Ohne Distraction	1

B-[17].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	8
2	5-776	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes	6
3	5-777	Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes	5
4	5-230	Zahnextraktion	< 4
5	5-761	Reposition einer zentralen Mittelgesichtsfraktur	< 4
6	5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge	< 4
7	8-202	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Gelenkluxation an der Wirbelsäule ohne Osteosynthese	< 4
8	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4

B-[17].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	2
Fälle je Anzahl:	4,5

B-[17].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

B-[17].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Plastische Operationen

B-[17].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,30

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0,30 Ohne: 0,00

Versorgungsform:

Ambulant: 0,00

Stationär: 0,30

Fälle je 30,0

Anzahl:

B-[18] Geriatrische Rehabilitationsklinik

B-[18].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nach schweren akuten Erkrankungen und Unfällen stellt die wohnortnahe Rehabilitation von geriatrischen Patienten bei zunehmend kürzerer Liegezeit in der Akutklinik ein entscheidendes Bindeglied in der Behandlungskette älterer Menschen dar, um das Ziel der Rückkehr in die häusliche Umgebung zu erreichen. Geriatrische Patienten sind in der Regel älter als 60 Jahre und weisen alltagsrelevante Behinderungen auf, die sich häufig als Folge von Multimorbidität entwickeln und die die Lebensqualität beeinträchtigen. Diese Patienten bedürfen zur Erhaltung oder zur Wiederherstellung ihrer Selbstständigkeit und sozialen Kompetenz der Behandlung, Hilfe oder Beratung. Ihre Rehabilitationspotentiale und individuellen Zielsetzungen begründen die Rehabilitationsmaßnahmen. Seit Juli 1998 steht die Geriatrische Rehabilitationsklinik in Giengen der Bevölkerung des Landkreises Heidenheim und den Menschen angrenzender Landkreise zur Verfügung. Die Klinik verfügt über 30 Therapieplätze für vollstationäre geriatrische Rehabilitation.

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Geriatrische Rehabilitationsklinik
Straße:	Hirschstraße
Hausnummer:	1
PLZ:	89537
Ort:	Giengen
URL:	http://www.Kliniken-Heidenheim.de

B-[18].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0200) Geriatrie

B-[18].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Martin Nicklaus, Chefarzt
Telefon:	07322 954 0
Fax:	07322 954 203
E-Mail:	info@kliniken-heidenheim.de

B-[18].1.3 Weitere Zugänge

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:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[18].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen <i>Geriatrische Rehabilitation im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt z.B. nach akuten Erkrankungen und Unfällen, um Mobilität und Selbständigkeit wiederzugewinnen. Förderung der Ressourcen des älteren Menschen durch verschiedene Therapieformen (z.B. Krankengymnastik) unter ärztlicher Leitung.</i>

B-[18].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung <i>Fluchttürsicherung</i>

B-[18].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	445
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[18].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	88
2	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	45
3	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	36
4	I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	36
5	R26.3	Immobilität	25
6	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	14
7	S32.89	Fraktur: Sonstige und multiple Teile des Beckens	14
8	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet	11
9	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	11

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	10
11	I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	7
12	S42.20	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet	7
13	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	7
14	M48.09	Spinal(kanal)stenose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	6
15	S32.02	Fraktur eines Lendenwirbels: L2	6
16	T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	6
17	S32.1	Fraktur des Os sacrum	5
18	S72.40	Distale Fraktur des Femurs: Teil nicht näher bezeichnet	5
19	S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	5
20	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	5
21	S32.00	Fraktur eines Lendenwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet	4
22	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	4
23	S32.4	Fraktur des Acetabulums	4
24	S32.03	Fraktur eines Lendenwirbels: L3	< 4
25	I61.9	Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet	< 4
26	S32.04	Fraktur eines Lendenwirbels: L4	< 4
27	M54.4	Lumboischialgie	< 4
28	S22.02	Fraktur eines Brustwirbels: T3 und T4	< 4
29	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	< 4
30	S32.5	Fraktur des Os pubis	< 4

B-[18].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	113
2	S72	Fraktur des Femurs	100
3	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	55
4	I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	36
5	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	21
6	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	17
7	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	15
8	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	12

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	11
10	I63	Hirninfarkt	7

B-[18].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	88
2	S72.1	Femurfraktur: Intertrochantär	47
3	S72.0	Schenkelhalsfraktur	44
4	I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	36
5	S32.0	Fraktur eines Lendenwirbels	28
6	R26.3	Immobilität	25
7	S32.8	Fraktur sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Lendenwirbelsäule und des Beckens	15
8	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	14
9	S42.2	Fraktur des proximalen Endes des Humerus	12
10	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet	11
11	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	11
12	S22.0	Fraktur eines Brustwirbels	11
13	S72.4	Distale Fraktur des Femurs	7
14	I63.9	Hirninfarkt, nicht näher bezeichnet	7
15	M48.0	Spinal(kanal)stenose	6
16	T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	6
17	S32.1	Fraktur des Os sacrum	5
18	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	5
19	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	4
20	S32.4	Fraktur des Acetabulums	4
21	I61.9	Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet	< 4
22	M54.4	Lumboischialgie	< 4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
23	M19.9	Arthrose, nicht näher bezeichnet	< 4
24	A04.7	Enterokolitis durch Clostridium difficile	< 4
25	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	< 4
26	T08.0	Fraktur der Wirbelsäule, Höhe nicht näher bezeichnet: geschlossen oder o.n.A.	< 4
27	I62.0	Subdurale Blutung (nichttraumatisch)	< 4
28	M87.9	Knochennekrose, nicht näher bezeichnet	< 4
29	S32.5	Fraktur des Os pubis	< 4
30	I67.8	Sonstige näher bezeichnete zerebrovaskuläre Krankheiten	< 4

B-[18].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[18].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[18].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	3,35	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
---------	------	--	-------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,35	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 3,35
		Fälle je Anzahl: 132,8

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	1,95	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,95	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,95
		Fälle je Anzahl: 228,2

B-[18].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin

B-[18].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Geriatric

B-[18].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	9,48	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 9,48	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 9,48
		Fälle je Anzahl: 46,9

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	2,40		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,40	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,40	Fälle je Anzahl: 185,4

KRANKENPFLEGEHelfER UND KRANKENPFLEGEHelfERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,50		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,50	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,50	Fälle je Anzahl: 890,0

B-[18].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

B-[18].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Bobath
2	Geriatric
3	Kinästhetik
4	Kontinenzmanagement
5	Wundmanagement

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

Das Krankenhaus ist gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung verpflichtet.

Unsere Kliniken nehmen an folgenden Massnahmen zur Qualitätssicherung teil:

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Implantation (09/1)	67	98,5
2	Herzschrittmacherver: Aggregatwechsel (09/2)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
3	Herzschrittmacherver: Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	4	100
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	15	100
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	5	100
6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation (09/6)	11	100
7	Karotis- Revaskularisation (10/2)	109	100
8	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/ 1)	322	100
9	Geburtshilfe (16/1)	974	97,6
10	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	100	99

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
11	Mammachirurgie (18/1)	117	100
12	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	317	99,7
13	Hüftendoprothesenve (HEP)	247	99,6
14	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	214	99,5
15	Hüftendoprothesenve Hüft- Endoprothesenwechs und - komponentenwechsel (HEP_WE)	33	100
16	Knieendoprothesenve (KEP)	125	99,2
17	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie- Schlittenprothesen (KEP_IMP)	121	99,2
18	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesenwe und -komponentenwechse (KEP_WE)	6	100
19	Neonatalogie (NEO)	167	100
20	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	621	97,9

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 % - 5,5 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,77 % - 0,9 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	66
	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	
	Vertrauensbereich	0 % - 3,7 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,91 % - 1,03 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,98
	Grundgesamtheit	66
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

3	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden	
	Kennzahl-ID	52305
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, 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	96,07 % - 99,39 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	95,61 % - 95,76 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	253
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	257
	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

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,33 % - 1,5 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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 Herzschrittmarker-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmarker- 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 Herzschrittmarker 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/eh150.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	77,86 % - 93,73 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	92,56 % - 92,93 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	58
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	66

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

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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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/eh1150.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	94,42 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,19 % - 98,37 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	65
	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
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/eh150.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	94,42 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	96,27 % - 96,54 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	65
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	65

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/eh150.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 5,58 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,17 % - 0,24 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	65
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	<p>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/eh1150.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 5,58 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 10,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,58 % - 1,77 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
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
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	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,16 %
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
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	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,33 %
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

12	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden	
	Kennzahl-ID	52307
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene 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 Routedaten - 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	78,47 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	97,67 % - 97,88 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	14
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	14
	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 % - 48,99 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,57 % - 0,87 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4

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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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 Vorjaheresultaten vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 39,48 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 5,63 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,86 % - 1,15 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,05
	Grundgesamtheit	4
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

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,6 % - 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 Strukturiertes 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 Vorjaheresergebnissen 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	70,18 % - 98,81 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,98 % - 96,45 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	14
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

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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 20,39 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,58 % - 0,79 %
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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 Vorjaheresultaten 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 % - 10,18 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 5,98 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,93 % - 1,25 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,3
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

19

Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden

Kennzahl-ID	52316
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, 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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	88,08 % - 99,03 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	95,79 % - 96,05 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	55
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	57
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
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 % - 20,39 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,6 % - 0,81 %

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

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 % - 43,45 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,18 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	5
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

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 % - 43,45 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,13 % - 0,3 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	5
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
23 Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausgangs 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 Krankensebene 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	92,59 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	98,29 % - 98,49 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	48
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	48

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 % - 25,88 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,84 % - 1,27 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	11
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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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 Vorjaheresultaten vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 38,33 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 4,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,75 % - 1,04 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,07
	Grundgesamtheit	11
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 = 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 **H20** - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

27

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 % - 16,11 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,38 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,55 % - 0,71 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	20
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 % - 39,03 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,42 % - 0,8 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
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
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	= 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	U32 - Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
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	93,36 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,78 % - 99,12 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	54
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	54

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

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	87,13 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,71 % - 99,89 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	26
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	26
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
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 periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,42 % - 2,65 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,90 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,02 % - 1,19 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	3,72
Grundgesamtheit	105
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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 periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle, bei denen ? Gehen nur mit Hilfe möglich ist und/oder eine komplette Aphasie vorliegt, ? die Patientin / der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder ? der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,95 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,06 % - 1,29 %
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

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.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,03 % - 98,9 %
	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
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	>= 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 periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle, bei denen ? Gehen nur mit Hilfe möglich ist und/oder eine komplette Aphasie vorliegt, ? die Patientin / der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder ? der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 40,83 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,26 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,2 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05
Grundgesamtheit	4
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

37	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	<p>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 periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 18,92 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 2,82 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,89 % - 1,11 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,1
	Grundgesamtheit	4

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
38	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 periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	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	81,06 % - 96,19 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 72,82 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	87,34 % - 87,98 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	52
	Erwartete Ereignisse	-
	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
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-qualitaetsind>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 20,00 %
Vertrauensbereich	8,5 % - 9,4 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ 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-qualitaetsind>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 9,18 %
-------------------	--------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 5,00 %
Vertrauensbereich	1,09 % - 1,31 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	38

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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-qualitaetsind</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,18
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,09 %
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

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 Vorjaheresergebnissen 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	= 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 Strukturiertes 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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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/.</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	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	<p>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-qualitaetsind</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	81,57 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 %
Vertrauensbereich	96,76 % - 97,17 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	17
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 Kennzahlresultat 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 % - 0,44 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,2 % - 0,23 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	873
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-qualitaetsind
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 %
	Vertrauensbereich	96,79 % - 97,52 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
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	<p>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-qualitaetsind</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 24,25 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,19 % - 0,39 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	12
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
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-qualitaetsind>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	97,51 % - 99,81 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 %
Vertrauensbereich	98,99 % - 99,07 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	287
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	289

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 Damriss bei Spontangeburt - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID	51181
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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 Vorjaheresultaten vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0,6 % - 2 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 2,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,04 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	10
	Erwartete Ereignisse	9,13
	Grundgesamtheit	619
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 Kennzahlresultat 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

Vertrauensbereich	0 % - 2,03 %
-------------------	--------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,1 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,89
Grundgesamtheit	873

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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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-qualitaetsind</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 0,59 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 2,32
	Vertrauensbereich	0,94 % - 0,99 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	6,52
	Grundgesamtheit	893
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 % - 19,88 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 5,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,9 % - 1,13 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,18
Grundgesamtheit	56

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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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 Vorjaheresultaten vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0,91 % - 1,1 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 1,25 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 0,99 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	288
	Erwartete Ereignisse	286,69
	Grundgesamtheit	948
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 Hüftgelenkerhaltenden 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

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,37 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,07 % - 1,24 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

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	6,32 % - 18,81 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	15,94 % - 16,53 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	99
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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	0,8 % - 1,96 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,35 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,06 % - 1,11 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	11,69
Grundgesamtheit	81
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	<p>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/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 5,83 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,92 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,06 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,63
Grundgesamtheit	99
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,54 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,66 % - 0,79 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ 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 Vorjaheresergebnissen 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	0,6 % - 3,11 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,02 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,04 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	3,59
Grundgesamtheit	99
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
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-qualitaetsind
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,02 % - 0,16 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4
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		
	Vertrauensbereich	0 % - 5,13 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 18,44 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	5 % - 5,36 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	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
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	94,16 % - 99,81 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,04 % - 97,28 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	92
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	93
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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	83,86 % - 98,65 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,83 % - 96,25 %
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

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	4,68 % - 16,93 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	12,89 % - 13,41 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	8
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	88
	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	<p>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-qualitaetsind</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	87,54 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 %
	Vertrauensbereich	95,99 % - 96,47 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	27
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	27
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-qualitaetsind>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	77,19 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 %
Vertrauensbereich	99,1 % - 99,35 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	13

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein 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	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	19532
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	92,3 % - 98,79 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,56 % - 96,73 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	125
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	129
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 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 Qualitäts-indikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	84,68 % - 99,46 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	92,56 % - 93,17 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	32
	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
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	7,29 % - 21,47 %
-------------------	------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	15,34 % - 15,93 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	11
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 Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert

72

Vorbereitende 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	82,15 % - 91,24 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	94,9 % - 95,1 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	180
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	206
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ 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	91,11 % - 98,31 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,95 % - 98,08 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	122
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	127
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 % - 1,72 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 2,33 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	14
	Erwartete Ereignisse	13,32
	Grundgesamtheit	220
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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	<p>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 Aufenthaltes 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/.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 2,18 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	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
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	9,05 % - 24,16 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 24,30 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	10,85 % - 11,37 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	13
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

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	
	Vertrauensbereich	1,23 % - 7,82 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 6,03 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,56 % - 1,68 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	127
	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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	8,61 % - 34,39 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 17,46 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	5,93 % - 6,51 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	6
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	33
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
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	= 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	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 7,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,34 % - 2,48 %
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

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	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 29,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	11,39 % - 12,15 %

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

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	96,07 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS	
----------------	--

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,56 % - 97,72 %

FALLZAHL	
----------	--

Beobachtete Ereignisse	94
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	94

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
--	--

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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	86,68 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,65 % - 96,2 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	25
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	25
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
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	60,97 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 86,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	90,47 % - 91,28 %
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

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	77,53 % - 90,3 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 80,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	92,29 % - 92,54 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	102
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	120

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 Vorjaheresergebnissen 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	= 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	
--	--

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
----------------	--

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,04 % - 1,14 %

FALLZAHL	
----------	--

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
--	--

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ 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

Vertrauensbereich	0 % - 39,03 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 14,70 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,71 % - 5,33 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
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
---------------------------------------	---------------

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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 3,47 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	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
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 Indixindikators "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 Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat 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	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,79 % - 0,97 %

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

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 Indextindikators "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 Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat 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.

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,94 % - 1,21 %

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.
---	--

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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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 Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat 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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	0,82 % - 0,98 %
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
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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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 Vorjaheresultaten vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 5,3 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 2,53 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,95 % - 1,05 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,7
	Grundgesamtheit	134
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 Vorjaheresultaten 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 % - 4,53 %
-------------------	--------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,50 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,89 % - 0,99 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,73
Grundgesamtheit	24

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	95,61 % - 99,66 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,72 % - 97,9 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	160
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	162
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 Kennzahlresultat 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	Nicht definiert
Vertrauensbereich	2,97 % - 3,64 %
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
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 Kennzahlresultat 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.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	3,11 % - 3,99 %
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.
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 Kennzahlresultat 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	Nicht definiert
Vertrauensbereich	5,14 % - 6,12 %
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
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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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 Kennzahlresultat 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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	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
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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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 Indextindikators "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 Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat 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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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 Kennzahlresultat 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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	1,25 % - 1,7 %
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
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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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 Indixindikators "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 Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat 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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	1,07 % - 1,46 %
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
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://sqq.de/downloads/Themen/Strukturierter_Qualitaetsbericht/2C (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	= 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	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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 % - 35,43 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 22,20 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	9,14 % - 10,05 %
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
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	97,64 % - 99,44 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,39 % - 98,48 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	600
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	607
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	97,83 % - 99,54 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	593
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	599
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	
Vertrauensbereich	52,91 % - 97,76 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,97 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	8
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	88,86 % - 93,87 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,18 % - 95,35 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	431
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	470
	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	92,41 % - 97,33 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,88 % - 94,13 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	274
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	287

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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	84,16 % - 90,87 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,49 % - 95,68 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	320
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	364
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
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	92,98 % - 96,49 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	96,18 % - 96,32 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	572
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	602
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	<p>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/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	1,24 % - 1,77 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,05 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	100
Erwartete Ereignisse	67,2
Grundgesamtheit	607
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

Das Krankenhaus nimmt auf Landesebene an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

- 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	Schlaganfall: Akutbehandlung	Ja
2	MRE	Ja

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

Das Krankenhaus nimmt bisher an folgenden Programmen teil:

	DMP
1	Asthma bronchiale
2	Brustkrebs

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Teilnahme an weiteren Maßnahmen zur Bewertung, Sicherung und Förderung der Qualität z.B.:

- IQM - Initiative Qualitätsmedizin
- Qualitätssicherung Bauchortenaneurysma der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie / DIGG
- Qualitätssicherungsmaßnahmen der Landesärztekammer Baden-Württemberg
- Peer Review in der Intensivmedizin (DIVI)
- Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen (KISS)
- Qualitätssicherungsmaßnahmen des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen
- KODAS LAG Geriatrischer Rehabilitationskliniken in Baden-Württemberg
- Ringversuche des Zentrallaboratoriums Deutscher Apotheker zur Qualitätssicherung in der Apothekenrezeptur

- Neonatalerhebung, Neo-AG Ulm
- Trauma Netzwerk DGU

Leistungsbereich:	Qualitätsmessung mit Indikatoren auf Basis von Routinedaten (g-iqi)
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	https://www.kliniken-heidenheim.de/klinikum/patienten/wir_ueber_uns/initiative-qualitaetsmedizin-neu.php
Ergebnis:	https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/qr/applet/c9464a06d33beb9e99da0ab3090f219e5a0aeb3c/
Messzeitraum:	halbjährlich
Datenerhebung:	laufend
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/
Quellenangabe:	https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/

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

	LEISTUNGSBEREICH	MINDESTMENGE	ERBRACHTE MENGE (IM BERICHTSJAHRE)	AUSNAHMETATBEST
1	Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	99	
2	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	13	
3	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	15	

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 - Perinataler Schwerpunkt

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):	93
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	70
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	67

* nach den "Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus" (siehe www.g-ba.de).

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

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

D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses

D-1.2.1 Patientenorientierung

D-1.2.2 Verantwortung und Führung

D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit

D-1.2.5 Prozessorientierung

D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität

D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess

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

D-2 Qualitätsziele

D-2.1 strategische/ operative Ziele

D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung

D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements