



# Strukturierter Qualitätsbericht

---

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

# INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort .....	1
Einleitung .....	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	1
A-0 Fachabteilungen .....	1
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	2
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers .....	4
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	4
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	4
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	4
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	5
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit .....	6
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	6
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus .....	6
A-10 Gesamtfallzahlen .....	7
A-11 Personal des Krankenhauses .....	7
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	12
A-13 Besondere apparative Ausstattung .....	21
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	21
B-[1] Innere Medizin .....	22
B-[2] Allgemeine Chirurgie .....	37
B-[3] Schmerztherapie .....	51
B-[4] Intensivmedizin .....	59
B-[5] Anästhesiologie .....	72
B-[6] Radiologie .....	80
B-[7] Urologie .....	88

B-[8]	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde .....	100
C	Qualitätssicherung .....	107
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	108
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	191
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	191
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	192
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	192
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V .....	192
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	192
D	Qualitätsmanagement .....	192
D-1	Qualitätspolitik .....	193
D-2	Qualitätsziele .....	193
D-3	Aufbau des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements .....	194
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements .....	194
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte .....	194
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements .....	194

## Vorwort

Als Verbund der katholischen Krankenhäuser in Landstuhl und Zweibrücken bietet das Nardini Klinikum ein umfangreiches Leistungsspektrum. Durch unsere christlichen Werte liegt uns die gute medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten besonders am Herzen. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind rund um die Uhr für Sie da und arbeiten gemeinsam dafür, dass es Ihnen bald wieder besser geht.

## Einleitung

### Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Dipl.-Kfm. Christoph Denzer, Kaufmännischer Direktor
Telefon:	06332 82 9207
Fax:	
E-Mail:	T.Rohrbacher@nardiniklinikum.de

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Dipl.-Päd. Monica Nagel, Qualitäts- und Risikomanagement
Telefon:	06371 84 3102
Fax:	
E-Mail:	M.Nagel@nardiniklinikum.de

### Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	<a href="http://www.nardiniklinikum.de">http://www.nardiniklinikum.de</a>
--------------------------------------	---

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

## A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0100	Innere Medizin
2	Hauptabteilung	1500	Allgemeine Chirurgie
3	Hauptabteilung	3753	Schmerztherapie
4	Hauptabteilung	3600	Intensivmedizin
5	Nicht-Bettenführend	3700	Anästhesiologie
6	Nicht-Bettenführend	3751	Radiologie
7	Belegabteilung	2200	Urologie
8	Belegabteilung	2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

## A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	[2017-07-14 10:43:11] Nardini Klinikum St. Elisabeth Zweibrücken
PLZ:	66482
Ort:	Zweibrücken
Straße:	Kaiserstrasse
Hausnummer:	14
IK-Nummer:	260730478
Standort-Nummer:	02
Krankenhaus-URL:	<a href="http://www.nardliniklinikum.de">http://www.nardliniklinikum.de</a>

### A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Nardini Klinikum St. Elisabeth Zweibrücken
PLZ:	66482
Ort:	Zweibrücken
Straße:	Kaiserstrasse
Hausnummer:	14
IK-Nummer:	260730478
Standort-Nummer:	2
E-Mail:	
Standort-URL:	<a href="http://www.nardliniklinikum.de">http://www.nardliniklinikum.de</a>

## A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dipl.-Kfm. Christoph Denzer, Kaufmännischer Direktor
Telefon:	06332 829207
Fax:	
E-Mail:	T.Rohrbacher@nardiniklinikum.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Detlev Christiansen, Ärztlicher Direktor
Telefon:	06371 84 3621
Fax:	
E-Mail:	D.Christiansen@nardiniklinikum.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Jens Lehnhardt, Pflegedirektor
Telefon:	06332 821100
Fax:	
E-Mail:	J.Lehnhardt@nardiniklinikum.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Thomas Frank, Pflegedirektor/Marketing
Telefon:	06332 829211
Fax:	
E-Mail:	T.Frank@nardiniklinikum.de

### Leitung des Standorts:

Standort:	Nardini Klinikum St. Elisabeth Zweibrücken
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dipl.-Kfm. Christoph Denzer, Kaufmännischer Direktor
Telefon:	06332 829207
Fax:	
E-Mail:	T.Rohrbacher@nardiniklinikum.de

Standort:	Nardini Klinikum St. Elisabeth Zweibrücken
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Detlev Christiansen, Ärztlicher Direktor
Telefon:	06371 843621

Fax:	
E-Mail:	D.Christiansen@nardiniklinikum.de
Standort:	Nardini Klinikum St. Elisabeth Zweibrücken
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Jens Lehnhardt, Pflegedirektor
Telefon:	06332 821100
Fax:	
E-Mail:	J.Lehnhardt@nardiniklinikum.de
Standort:	Nardini Klinikum St. Elisabeth Zweibrücken
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Thomas Frank, Pflegedirektor/Marketing
Telefon:	06332 829211
Fax:	
E-Mail:	T.Frank@nardiniklinikum.de

### A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

	INSTITUTIONSKENNZEICHEN
1	260730478

### A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Nardini Klinikum GmbH
Träger-Art:	freigemeinnützig

### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu

### A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Nein
--	------

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Vorträge, Informationsveranstaltungen</i>
2	Bewegungsbad/Wassergymnastik
3	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
4	Ergotherapie/Arbeitstherapie <i>Über Kooperation mit Ergotherapie-Praxis</i>
5	Kinästhetik
6	Diät- und Ernährungsberatung
7	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
8	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
9	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
10	Physikalische Therapie/Bädertherapie
11	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
12	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
13	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse <i>z.B. "Barfußpflege" für Diabetes-Patienten</i>
14	Massage
15	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
16	Manuelle Lymphdrainage
17	Wundmanagement <i>Wundexperten</i>
18	Wärme- und Kälteanwendungen
19	Stomatherapie/-beratung
20	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
21	Spezielle Entspannungstherapie <i>Muskelrelaxation nach Jacobsen, autogenes Training</i>
22	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>Über Kooperation mit Logopädie-Praxis</i>
23	Schmerztherapie/-management <i>In der Einrichtung befindet sich eine Schmerztagesklinik, mit der eine koordinierte Zusammenarbeit mit allen Fachbereichen erfolgt.</i>
24	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
25	Atemgymnastik/-therapie



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

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Seelsorge
2	Zwei-Bett-Zimmer
3	Telefon am Bett
	<i>Kosten pro Tag: 1,2 €                  Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,2 €                  Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i>
	<i>Telefon steht an jedem Patientenbett zur Verfügung</i>
4	Schwimmbad/Bewegungsbad
5	Rundfunkempfang am Bett
	<i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
6	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer
	<i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
	<i>In jedem Zimmer ist ein Fernsehgerät zur Verfügung, das kostenlos genutzt werden kann.</i>
7	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
8	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
2	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN	
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
	<i>In der Krankenpflegeschule des Nardini Klinikums St. Elisabeth findet die theoretische Ausbildung für die Auszubildenden beider Standorte des Nardini Klinikums statt.</i>

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 286

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	10266
Teilstationäre Fallzahl:	105
Ambulante Fallzahl:	15914

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt: 48,98      Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 48,98      **Ohne:** 0

Versorgungsform: **Ambulant:** 0      **Stationär:** 48,98

#### - DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt: 28,68

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 28,68      **Ohne:** 0

Versorgungsform: **Ambulant:** 0      **Stationär:** 28,68

#### BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 4

### A-11.2 Pflegepersonal

#### MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39

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

Gesamt: 174,63

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	174,63	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	174,63

**Ohne Fachabteilungszuordnung:**

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

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

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

**ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

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

**PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

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

**KRANKENPFLEGEHELPER UND KRANKENPFLEGEHELPERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	3,36			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	3,36	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	3,36

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

Gesamt:	0			
---------	---	--	--	--

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0

**ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

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

**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:	0
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0      Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0      Stationär: 0

**MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	6,39
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 6,39      Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0      Stationär: 6,39

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

**DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN**

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

**KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN**

Gesamt:	0
---------	---

Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
---------------------------	-------------	---	--------------	---

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
------------------	------------------	---	-------------------	---

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:	0
---------	---

Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
---------------------------	-------------	---	--------------	---

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
------------------	------------------	---	-------------------	---

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:	0
---------	---

Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
---------------------------	-------------	---	--------------	---

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
------------------	------------------	---	-------------------	---

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

Gesamt:	0
---------	---

Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
---------------------------	-------------	---	--------------	---

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
------------------	------------------	---	-------------------	---

ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt:	0
---------	---

Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
---------------------------	-------------	---	--------------	---

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
------------------	------------------	---	-------------------	---

BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt:	0
---------	---

Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
---------------------------	-------------	---	--------------	---

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
------------------	------------------	---	-------------------	---

SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	0
---------	---

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0

## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

### DIÄTASSISTENT UND DIÄTASSISTENTIN

Gesamt:	2,99			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,99	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	1,5	Stationär:	1,49

### MASSEUR/MEDIZINISCHER BADEMEISTER UND MASSEURIN/MEDIZINISCHE BADEMEISTERIN

Gesamt:	2,3			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,3	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	1,15	Stationär:	1,15

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

Gesamt:	8,17			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	8,17	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	4,09	Stationär:	4,08

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

Gesamt:	8,05			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	8,05	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	4,03	Stationär:	4,02

### PHYSIOTHERAPEUT UND PHYSIOTHERAPEUTIN

Gesamt:	4,31			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	4,31	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	2,16	Stationär:	2,15

PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTIN

Gesamt: 1

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 1 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 1 Stationär: 0

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION NACH BOBATH ODER VOJTA

Gesamt: 4

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 4 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 4

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IM WUNDMANAGEMENT

Gesamt: 5

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 5 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 5

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Dipl.-Päd. Monica Nagel, Qualitäts-/Risikomanagement
Telefon:	06371 843102
Fax:	
E-Mail:	M.Nagel@nardiniklinikum.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:	Pflegedirektion, Verwaltung, Medizincontrolling, Ärzte, Hygiene, Qualitätsmanagement, Risikomanagement
Tagungsfrequenz des Gremiums:	andere Frequenz

**A-12.2 Klinisches Risikomanagement**

**A-12.2.1 Verantwortliche Person**

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:	eigenständige Position für Risikomanagement
--	---

**Kontaktdaten:**

Name/Funktion:	Dipl.-Päd. Monica Nagel, Qualitäts-/Risikomanagement
Telefon:	06371 843102
Fax:	
E-Mail:	M.Nagel@nardiniklinikum.de

**A-12.2.2 Lenkungsgremium**

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

**Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:**

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Pflegedirektion, Verwaltung, Medizincontrolling, Ärzte, Hygiene, Qualitätsmanagement, Risikomanagement
Tagungsfrequenz des Gremiums:	andere Frequenz

**A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen**

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: ZW-OpAll-0002 Letzte Aktualisierung: 16.01.2014</i>
2	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: ZW-Not-0003 VA Automatisierte Rettungskette Letzte Aktualisierung: 04.03.2014</i>
3	Entlassungsmanagement



INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: ZW-Kos-0012 Entlassung eines Patienten                  Letzte Aktualisierung: 18.12.2014</i>
4	Sturzprophylaxe  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: NaKI-PfAI-0029 VA Sturzprophylaxe und Verhalten nach Sturz                  Letzte Aktualisierung: 13.01.2015</i>
5	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
6	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: ZW-InAnPf-0006 Betrieb des Aufwachraums                  Letzte Aktualisierung: 14.08.2014</i>
7	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: ZW-OpAll-0002                  Letzte Aktualisierung: 16.01.2014</i>
8	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: NaKI-MT-0007 Organisationshandbuch Aktive Medizinprodukte                  Letzte Aktualisierung: 12.06.2014</i>
9	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
10	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: NaKI-PfAI-0016 Fixierungsprotokoll                  Letzte Aktualisierung: 13.10.2015</i>
11	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
12	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen

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

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

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswegigen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja
--	----

### Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem  <i>Intervall: quartalsweise</i>
2	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor  <i>Letzte Aktualisierung: 11.01.2013</i>
3	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen  <i>Intervall: bei Bedarf</i>

### Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	bei Bedarf
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Regelung bei welchem Restfüllungszustand Sauerstoffflaschen gewechselt werden. Aufklärung von Patienten über Applikation von Medikamenten. Meldung an Operateure wenn OP-Siebe für den Validierungsprozess in der ZSVA benötigt werden. Tägliche Kontrolle der Bestellungen in Bezug auf ausstehende Lieferungen.

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

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

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Nein
--	------

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerinnen	1 <sup>1)</sup>
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	4
Hygienefachkräfte (HFK)	1 <sup>2)</sup>
Hygienebeauftragte in der Pflege	9 <sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Über externes Beratungsinstitut Clotten

<sup>2)</sup> Stellenumfang 0,75%.

<sup>3)</sup> Zusätzlich sind auch für weitere Funktionsbereiche außerhalb der Pflege hygienebeauftragte Mitarbeiter bestellt.

### A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

### Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Detlev Christiansen, Ärztlicher Direktor
Telefon:	06371 843621
Fax:	
E-Mail:	D.Christiansen@nardiniklinikum.de

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

Auswahl:  Ja

#### Der Standard thematisiert insbesondere:

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

#### Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

	OPTION	AUSWAHL
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhäube	Ja

	OPTION	AUSWAHL
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

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

Auswahl:  Nein

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

Auswahl:  Ja

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

Auswahl:  Ja

**A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie**

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

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

Auswahl:  Ja

**Der Standard thematisiert insbesondere:**

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

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

Auswahl:  Ja

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

Auswahl:  Ja

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

**Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:**

Auswahl:  Ja

**Der interne Standard thematisiert insbesondere:**

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Nein
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:  Nein

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben:  Ja

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

... auf allen Intensivstationen:	79
... auf allen Allgemeinstationen:	19

### Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl:  Ja

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

	OPTION	AUSWAHL
1	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
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> ).	Ja

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

	OPTION	AUSWAHL
1	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja
2	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	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	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
3	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: Initiative Gesundheitsnetzwerk Westpfalz</i>
4	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
5	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Zertifikat Bronze</i>

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

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

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

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung). <i>Das Konzept ist in Form einer Verfahrensanweisung hinterlegt.</i>	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert. <i>Beschwerden werden direkt bearbeitet.</i>	Nein
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. <i>Qualitätsmanagementbeauftragte Pflegedirektion</i>	Ja
7	Ein Patientenführsprecher oder eine Patientenführsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. <i>Engelbert Bender</i>	Ja

LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT		ERFÜLLT?
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden <i><a href="http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-elisabeth-zweibruecken/patienten-besucher/kontaktformular">http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-elisabeth-zweibruecken/patienten-besucher/kontaktformular</a></i>	Ja
9	Patientenbefragungen <i><a href="http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-elisabeth-zweibruecken/qualitaetsmanagement/patientenfragebogen/">http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-elisabeth-zweibruecken/qualitaetsmanagement/patientenfragebogen/</a></i> <i>kontinuierlich</i>	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

### Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Monica Nagel, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	06332 829318
Fax:	
E-Mail:	M.Nagel@nardiniklinikum.de

### Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Engelbert Bender, Patientenfürsprecher
Telefon:	06332 820
Fax:	
E-Mail:	E.Bender@nardiniklinikum.de

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
2	Gerät für Nierenersatzverfahren <i>In Zusammenarbeit mit einem Dialysezentrum im Krankenhaus</i>	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
3	Magnetresonanztomograph (MRT) <i>In Kooperation mit der Praxis Dawid, Wiehn, Elbert, Keßler</i>	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
4	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja



## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[1] Innere Medizin

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Innere Medizin
Straße:	Kaiserstrasse
Hausnummer:	14
PLZ:	66482
Ort:	Zweibrücken

#### B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0100) Innere Medizin

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

Name/Funktion:	Dr. med. Horst Winter, Chefarzt Innere Medizin 1
Telefon:	06332 828270
Fax:	
E-Mail:	H.Winter@nardiniklinikum.de

Name/Funktion:	Dr. med. Matthias Stopp, Chefarzt Innere Medizin 1
Telefon:	06332 828270
Fax:	
E-Mail:	M.Stopp@nardiniklinikum.de

Name/Funktion:	PD Dr. med. Peter Schiedermaier, Chefarzt Innere Medizin II
Telefon:	06332 828270
Fax:	
E-Mail:	P.Schiedermaier@nardiniklinikum.de

### B-[1].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Kaiserstrasse 14
PLZ/Ort:	66482 Zweibrücken

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Endoskopie
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
3	Duplexsonographie
4	Stroke Unit
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
6	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
7	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	<i>Herzkatheter, PTCA mit Stent</i>
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
9	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
10	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
11	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
12	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
13	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
14	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
18	Intensivmedizin

*Die internistische Intensivmedizin umfasst das gesamte intensivmedizinische Behandlungsspektrum einschließlich Reanimationen, allen gängigen Lyseverfahren, Langzeitbeatmung, Intoxikationen mit der Möglichkeit der Dialyse und kardio-pulmonale Notsituationen.*

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
19	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
20	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
21	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
22	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
23	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
24	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
25	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
26	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
27	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
28	Diagnostik und Therapie von Allergien
29	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
30	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
31	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
32	Spezialsprechstunde
33	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
34	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
35	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
36	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
37	Physikalische Therapie
38	Schmerztherapie
39	Transfusionsmedizin

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette

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

Vollstationäre Fallzahl:	6528
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	323
2	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	233
3	E86	Flüssigkeitsmangel	224
4	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	221
5	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	200
6	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	190
7	R42	Schwindel bzw. Taumel	127
8	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	115
9	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	114
10	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	109
11	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	108
12	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	100
13	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	90
14	I20.0	Instabile Angina pectoris	84
15	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	82
16	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	78
17	I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	77
18	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	71
19	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	64
20	G45.92	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	60
21	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	60
22	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	55
23	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	54
24	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	54
25	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	52
26	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	50
27	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet	49
28	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	49

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
29	R11	Übelkeit bzw. Erbrechen	48
30	A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus [Norwalk-Virus]	47

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I50	Herzschwäche	521
2	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	336
3	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	235
4	E86	Flüssigkeitsmangel	224
5	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	193
6	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	190
7	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	181
8	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	176
9	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	167
10	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	148

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I50.1	Linksherzinsuffizienz	443
2	I10.0	Benigne essentielle Hypertonie	333
3	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	233
4	E86	Volumenmangel	224
5	R55	Synkope und Kollaps	190
6	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit	130
7	R42	Schwindel und Taumel	127
8	J44.1	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	119
9	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	115

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
10	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	114
11	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	109
12	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	108
13	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	100
14	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	90
15	I20.0	Instabile Angina pectoris	84
16	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	82
17	I50.0	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	78
18	I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	77
19	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	71
20	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	69
21	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	64
22	G45.9	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet	61
23	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	60
24	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	54
25	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	54
26	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	53
27	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	50
28	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	49
29	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet	49
30	R11	Übelkeit und Erbrechen	48

**B-[1].6.3 Kompetenzdiagnosen**

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-034	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Herzens mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Gewebeverformungen [Speckle Tracking]	2867
2	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	1097
3	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1083
4	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	783
5	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	568
6	1-279.0	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Bestimmung des Herzvolumens und der Austreibungsfraktion	525
7	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	416
8	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	378
9	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	371
10	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	367
11	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	334
12	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	327
13	3-031	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Herzens (Echokardiographie) durch Ansetzen des Ultraschallkopfes auf den Brustkorb (transthorakal) bei körperlicher Belastung	321
14	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	281
15	1-275.3	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	256
16	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	221

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	209
18	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	202
19	1-714	Messung der Reaktion der Atemwege auf einen Reiz	186
20	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	185
21	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	172
22	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	171
23	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	148
24	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	143
25	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	139
26	1-843	Untersuchung der Luftröhrenäste (Bronchien) durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	130
27	1-715	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt	122
28	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	116
29	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie	115
30	3-804	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes ohne Kontrastmittel	113

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-034	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Herzens mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Gewebeverformungen [Speckle Tracking]	2867
2	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	1097
3	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	1093
4	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	783
5	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	782



	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	693
7	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	619
8	1-279	Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)	526
9	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	416
10	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	378

## B-[1].7.2 Kompetenzprozeduren

### B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	DIABETISCHE FUßAMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<i>Inspektion und Behandlung von Patienten mit Diabetischem-Fuß-Syndrom, einschließlich der Gefäßuntersuchungen (Dopplersonographie, Duplex)</i>
2	PNEUMOLOGISCHE AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<i>Lungenfunktionsprüfung, Bronchoskopien (Spiegelung der Atemwege)</i>
3	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
4	ENDOSKOPISCHE AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<i>Präventive und kurative Koloskopien (Darmspiegelungen); Gastroskopie.</i>
5	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Notfallversorgung von Patienten mit internistischem Krankheitsbild</i>
6	KARDIOLOGISCHE AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<i>Kontrolle und Programmierung von Herzschrittmachern aller Hersteller</i>

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

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

## 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:	25,08	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 25,08	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b>	25,08
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	260,3

#### - DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	10,68		
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 10,68	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b>	10,68
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	611,2

#### BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

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

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

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und SP Kardiologie
3	Innere Medizin und SP Gastroenterologie
4	Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie
5	Innere Medizin und SP Pneumologie
6	Innere Medizin und SP Angiologie

### B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Allergologie
2	Intensivmedizin
3	Ärztliches Qualitätsmanagement
4	Diabetologie
5	Notfallmedizin

### B-[1].11.2 Pflegepersonal

#### MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39

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

Gesamt: 100,2

*inkl. der anteilmäßigen Mitarbeiter/-innen der Zentralen Patientenaufnahme und der Funktionsdiagnostik*

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 100,2	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 100,2
		Fälle je Anzahl: 65,1

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

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

**ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

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

**PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

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

**KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	2,48		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,48	Ohne: 0	
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 2,48	Fälle je Anzahl: 2632,3

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

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

**ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

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

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

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

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

**MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt: 4,37

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 4,37 Ohne: 0

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 4,37
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 1493,8

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Bobath
2	Wundmanagement
3	Dekubitusmanagement
4	Endoskopie/Funktionsdiagnostik

### B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN			
Gesamt:	0		
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0	
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0	
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0	

KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN			
Gesamt:	0		
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0	
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0	
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0	

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHEAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHEAPEUTINNEN

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

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHEAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHEAPEUTINNEN

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

PSYCHOTHEAPEUTEN UND PSYCHOTHEAPEUTINNEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHEAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)

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

ERGOTHEAPEUTEN

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

BEWEGUNGSTHEAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHEAPEUTEN

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

#### SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

## B-[2] Allgemeine Chirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Allgemeine Chirurgie
Straße:	Kaiserstrasse
Hausnummer:	14
PLZ:	66842
Ort:	Zweibrücken

#### B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Christoph Metzner, Chefarzt Chirurgie
Telefon:	06332 828370
Fax:	
E-Mail:	C.Metzner@nardiniklinikum.de
Name/Funktion:	Dr. med. Burkhardt Muschalik, Chefarzt Gelenkchirurgie und Sporttraumatologie
Telefon:	06332 828170
Fax:	



E-Mail:

B.Muschalik@nardiniklinikum.de

### B-[2].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:

Kaiserstrasse 14

PLZ/Ort:

66842 Zweibrücken

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

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

Keine Vereinbarung geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
2	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
3	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
4	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
5	Metall-/Fremdkörperentfernungen
6	Sportmedizin/Sporttraumatologie
7	Schrittmachereingriffe
8	Schulterchirurgie
9	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
	<i>Zertifiziertes Endoprothesenzentrum</i>
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
12	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
13	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
14	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
15	Aortenaneurysmachirurgie
16	Tumorchirurgie
17	Bandrekonstruktionen/Plastiken
18	Magen-Darm-Chirurgie
19	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
20	Arthroskopische Operationen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
21	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
22	Duplexsonographie
23	Eindimensionale Dopplersonographie
24	Dialyseshuntchirurgie
25	Endokrine Chirurgie

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette

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

Vollstationäre Fallzahl:	3253
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06.0	Gehirnerschütterung	201
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	90
3	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	87
4	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	79
5	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	79
6	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	72
7	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	64
8	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	62
9	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	61
10	M54.4	Lumboischialgie	60
11	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	50
12	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	50
13	M54.5	Kreuzschmerz	45

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	41
15	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	39
16	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	38
17	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	35
18	S00.95	Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet: Prellung	34
19	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	30
20	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	30
21	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	30
22	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	29
23	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	29
24	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	27
25	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	27
26	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	26
27	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	25
28	A46	Wundrose - Erysipel	25
29	M23.22	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Innenmeniskus	25
30	S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum	24

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06	Verletzung des Schädelinneren	215
2	M54	Rückenschmerzen	147
3	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	142
4	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	128
5	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	122
6	K80	Gallensteinleiden	120
7	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	114
8	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	110

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	K40	Leistenbruch (Hernie)	99
10	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	98

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	S06.0	Gehirnerschütterung	201
2	I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien	141
3	E11.7	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen	92
4	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	90
5	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	87
6	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	79
7	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	72
8	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	71
9	S72.0	Schenkelhalsfraktur	64
10	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	62
11	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	61
12	M54.4	Lumboischialgie	60
13	S52.5	Distale Fraktur des Radius	46
14	M54.5	Kreuzschmerz	45
15	S72.1	Femurfraktur: Intertrochantär	44
16	S32.0	Fraktur eines Lendenwirbels	43
17	K80.1	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis	43
18	K80.0	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis	41
19	S42.2	Fraktur des proximalen Endes des Humerus	38
20	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	35
21	S00.9	Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet	34

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
22	M54.1	Radikulopathie	33
23	M23.2	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung	33
24	S83.5	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes mit Beteiligung des (vorderen) (hinteren) Kreuzbandes	32
25	K80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis	32
26	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	27
27	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	27
28	K35.3	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis	26
29	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	26
30	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	25

### B-[2].6.3 Kompetenzdiagnosen

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	412
2	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	264
3	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	257
4	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	209
5	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	203
6	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	141
7	3-841	Kernspintomographie (MRT) des Wirbelkanals mit Kontrastmittel	140
8	3-034	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Herzens mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Gewebeverformungen [Speckle Tracking]	128
9	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	120
10	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	110

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	109
12	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	107
13	5-988	Operation unter Anwendung eines Navigationssystems, das während der Operation aktuelle 3D-Bilder des Operationsgebietes anzeigt	93
14	5-822.g2	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)	88
15	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	85
16	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	80
17	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	79
18	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	77
19	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	74
20	3-806	Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	71
21	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	70
22	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	68
23	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	59
24	5-829.jx	Andere gelenkplastische Eingriffe: Verwendung von beschichteten Endoprothesen: Mit sonstiger Beschichtung	56
25	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	52
26	8-836.0b	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Oberschenkel	51
27	3-608	Röntgendarstellung kleiner Schlagadern mit Kontrastmittel	49
28	1-697.7	Diagnostische Arthroskopie: Kniegelenk	48
29	5-932.00	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung	46
30	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	46

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	412
2	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	264
3	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	257
4	5-469	Sonstige Operation am Darm	214
5	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	209
6	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	203
7	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	195
8	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	155
9	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	155
10	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	152

### B-[2].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	<b>PRIVATAMBULANZ</b>
	Privatambulanz
2	<b>PRÄOPERATIVE SPRECHSTUNDE</b>
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Präoperative Untersuchungen und Diagnostik, OP-Aufklärungsgespräche</i>
3	<b>NOTFALLAMBULANZ (24H)</b>
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Notfallversorgung von Patienten mit chirurgisch-, orthopädischem Krankheitsbild</i>
4	<b>BG-AMBULANZ</b>
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
	<i>Prä- und postoperative Versorgung von BG-Patienten</i>

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

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

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

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

## B-[2].11 Personelle Ausstattung

### B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	14,52	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 14,52	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b>	14,52
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	224,0

#### - DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	10,42		
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 10,42	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b>	10,42
		<b>Fälle je Anzahl:</b>	312,2

#### BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

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



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

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Orthopädie und Unfallchirurgie
2	Viszeralchirurgie
3	Allgemeinchirurgie
4	Gefäßchirurgie

### B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
2	Notfallmedizin
3	Phlebologie
4	Sportmedizin
5	Spezielle Viszeralchirurgie
6	Manuelle Medizin/Chirotherapie
7	Spezielle Unfallchirurgie

### B-[2].11.2 Pflegepersonal

#### MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39

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

Gesamt: 42,24

*inkl. OP-Personal und inkl. der anteilmäßigen Mitarbeiter/-innen der Zentralen Patientenaufnahme und der Funktionsdiagnostik*

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 42,24	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 42,24
		Fälle je Anzahl: 77,0

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

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

**ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

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

**PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

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

**KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0,88			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,88	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0,88
				Fälle je Anzahl:

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

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

**ENTBINDUNGSPFLERGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

**BELEGENTBINDUNGSPFLERGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES**

Anzahl in Personen: 0

Fälle je Anzahl: 0,0

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

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

**MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt: 1,5

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 1,5 Ohne: 0

Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 1,5
		Fälle je Anzahl: 2168,7

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Operationsdienst

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Wundmanagement
2	Bobath
3	Dekubitusmanagement
4	Endoskopie/Funktionsdiagnostik

### B-[2].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN			
Gesamt:		0	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär: 0
			Fälle je Anzahl: 0,0
KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN			
Gesamt:		0	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär: 0
			Fälle je Anzahl: 0,0

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

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

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

#### SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

### B-[3] Schmerztherapie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Schmerztherapie
Straße:	Kaiserstrasse
Hausnummer:	14
PLZ:	66482
Ort:	Zweibrücken
URL:	<a href="http://www.nardliniklinikum.de">http://www.nardliniklinikum.de</a>

#### B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3753) Schmerztherapie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Franz Bayerl, Chefarzt Anästhesie
Telefon:	06332 828480
Fax:	
E-Mail:	F.Bayerl@nardliniklinikum.de

### B-[3].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Kaiserstrasse 14
PLZ/Ort:	66482 Zweibrücken
URL:	<a href="http://www.nardliniklinikum.de">http://www.nardliniklinikum.de</a>

Adresse:	Kaiserstrasse 14
PLZ/Ort:	66482 Zweibrücken
URL:	<a href="http://www.nardliniklinikum.de">http://www.nardliniklinikum.de</a>

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

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

Keine Vereinbarung geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Schmerztherapie

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	105

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

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

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

### B-[3].6.3 Kompetenzdiagnosen

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

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

### B-[3].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

## B-[3].11 Personelle Ausstattung

### B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	0	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40
---------	---	--	----

*Die Schmerztagesklinik ist organisatorisch der Hauptfachabteilung der Anästhesiologie zugeordnet.*

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



- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN			
Gesamt:		0	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär: 0
			Fälle je Anzahl: 0,0

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)	
Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

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

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie

### B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Flugmedizin
2	Intensivmedizin
3	Notfallmedizin
4	Spezielle Schmerztherapie

### B-[3].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
39

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN			
Gesamt:		0	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne: 0

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

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

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

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

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

**ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

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

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

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

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

**MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0
---------	---

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

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

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

### B-[3].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

#### DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN

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

#### KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN

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

#### PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN

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

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN

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

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

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

ERGOTHERAPEUTEN

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

BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

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

SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	0		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär: 0

Fälle je  
Anzahl: 0,0

## B-[4] Intensivmedizin

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Intensivmedizin
Straße:	Kaiserstrasse
Hausnummer:	14
PLZ:	66842
Ort:	Zweibrücken

#### B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3600) Intensivmedizin

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

Name/Funktion:	Dr. med. Franz Bayerl, Chefarzt Anästhesie
Telefon:	06332 828480
Fax:	
E-Mail:	F.Bayer@nardiniklinikum.de

Name/Funktion:	Dr. med. Horst Winter, Chefarzt Innere Medizin 1
Telefon:	06332 828270
Fax:	
E-Mail:	H.Winter@nardiniklinikum.de

Name/Funktion:	Dr. med. Matthias Stopp, Chefarzt Innere Medizin 1
Telefon:	06332 828600
Fax:	
E-Mail:	M.Stopp@nardiniklinikum.de

### B-[4].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Kaiserstrasse 14
PLZ/Ort:	66842 Zweibrücken

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<p>Intensivmedizin</p> <p><i>Die internistische Intensivmedizin umfasst das gesamte intensivmedizinische Behandlungsspektrum:- Cardiovasculäre Akuterkrankungen - Stroke Unit (Schlaganfall-Behandlungs-Einheit)- Gastroenterologische Notfälle (z.B. Gastrointestinale Blutungen)</i></p>
2	<p>Chirurgische Intensivmedizin</p> <p><i>Die operative Intensivmedizin beinhaltet die Versorgung von Frischoperierten nach großen Eingriffen, sowie die Weiterbehandlung von Schwerstverletzten nach der Erstversorgung. Je nach Bedarf kommen alle Methoden der modernen operativen Intensivmedizin zur Anwendung.</i></p>
3	Stroke Unit

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	214
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	24
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	9
3	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	8
4	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	7
5	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	6

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	6
7	I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	4
8	S06.0	Gehirnerschütterung	4
9	F13.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	4
10	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	4
11	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
12	G40.9	Epilepsie, nicht näher bezeichnet	< 4
13	I61.9	Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet	< 4
14	J93.1	Sonstiger Spontanpneumothorax	< 4
15	T78.3	Angioneurotisches Ödem	< 4
16	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	< 4
17	K43.0	Hernia ventralis mit Einklemmung, ohne Gangrän	< 4
18	F15.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
19	F12.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
20	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	< 4
21	T78.1	Sonstige Nahrungsmittelunverträglichkeit, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
22	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	< 4
23	J90	Erguss zwischen Lunge und Rippen	< 4
24	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	< 4
25	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	< 4
26	S00.95	Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet: Prellung	< 4
27	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	< 4
28	I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	< 4
29	I46.9	Herzstillstand, nicht näher bezeichnet	< 4
30	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	< 4



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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	24
2	I21	Akuter Herzinfarkt	22
3	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	9
4	S06	Verletzung des Schädelinneren	9
5	I50	Herzschwäche	9
6	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	6
7	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	5
8	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	5
9	T78	Unerwünschte Nebenwirkung	5
10	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	4

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	24
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	9
3	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	8
4	I50.1	Linksherzinsuffizienz	8
5	J44.1	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	6
6	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	6
7	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	4
8	F13.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	4
9	S06.0	Gehirnerschütterung	4
10	I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
11	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	< 4
12	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
13	T78.3	Angioneurotisches Ödem	< 4
14	J93.1	Sonstiger Spontanpneumothorax	< 4
15	G40.9	Epilepsie, nicht näher bezeichnet	< 4
16	I61.9	Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet	< 4
17	F15.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
18	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	< 4
19	S00.9	Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet	< 4
20	S22.4	Rippenserienfraktur	< 4
21	J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
22	I63.5	Hirninfrakt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	< 4
23	N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	< 4
24	I63.9	Hirninfrakt, nicht näher bezeichnet	< 4
25	R55	Synkope und Kollaps	< 4
26	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	< 4
27	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	< 4
28	F12.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
29	I46.9	Herzstillstand, nicht näher bezeichnet	< 4
30	R57.0	Kardiogener Schock	< 4

**B-[4].6.3 Kompetenzdiagnosen**

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	241
2	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	157
3	1-279.0	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Bestimmung des Herzvolumens und der Austreibungsfraktion	102
4	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	83
5	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	82
6	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	69
7	1-275.3	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	60
8	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	57
9	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	50
10	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	49
11	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	49
12	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	46
13	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie	45
14	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	45
15	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	42
16	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	38
17	3-034	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Herzens mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Gewebeverformungen [Speckle Tracking]	34

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	29
19	1-843	Untersuchung der Luftröhrenäste (Bronchien) durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	28
20	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	26
21	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	25
22	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	24
23	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	23
24	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	20
25	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	20
26	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	20
27	8-83b.01	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Biolimus-A9-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	19
28	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	18
29	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolysse	18
30	8-837.01	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien	18

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	241
2	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	157
3	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	141
4	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	130
5	1-279	Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)	102

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	98
7	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	90
8	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	69
9	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	57
10	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	54

### B-[4].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

## B-[4].11 Personelle Ausstattung

### B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	0	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	0
---------	---	--	---

Die Intensivstation wird interdisziplinär über die Hauptfachabteilungen Innere Medizin und Anästhesiologie ärztlich betreut.

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
---------------------------	------	---	-------	---

Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 0
		Fälle je Anzahl: 0,0

#### - DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

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

#### BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

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

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

### B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[4].11.2 Pflegepersonal

#### MARßEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39

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

Gesamt:	26,19
---------	-------

*Die Pflgeteams der Intensivstation und der Anästhesiepflege bilden gemeinsam eine Organisationseinheit, die beide Bereiche betreuen.*

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 26,19	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 26,19
		Fälle je Anzahl: 8,2

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

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

**ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

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

**PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

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

**KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN**

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

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

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0 **Ohne:** 0

Versorgungsform: **Ambulant:** 0 **Stationär:** 0  
**Fälle je Anzahl:** 0,0

**ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0 **Ohne:** 0

Versorgungsform: **Ambulant:** 0 **Stationär:** 0  
**Fälle je Anzahl:** 0,0

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

Anzahl in Personen: 0

Fälle je Anzahl: 0,0

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

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0 **Ohne:** 0

Versorgungsform: **Ambulant:** 0 **Stationär:** 0  
**Fälle je Anzahl:** 0,0

**MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0 **Ohne:** 0



Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Intensivpflege und Anästhesie

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Bobath
2	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>

### B-[4].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN			
Gesamt:		0	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär: 0
			Fälle je Anzahl: 0,0

KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN			
Gesamt:		0	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär: 0
			Fälle je Anzahl: 0,0

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN	
Gesamt:	0

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

#### KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN

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

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

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

#### ERGOTHERAPEUTEN

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

#### BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

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

SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
Fälle je Anzahl: 0,0

B-[5] Anästhesiologie

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Anästhesiologie
Straße:	Kaiserstrasse
Hausnummer:	14
PLZ:	66482
Ort:	Zweibrücken
URL:	<a href="http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-elisabeth-zweibruecken/fachbereiche/anaesthesie-schmerztherapie/">http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-elisabeth-zweibruecken/fachbereiche/anaesthesie-schmerztherapie/</a>

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3700) Sonstige Fachabt.

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

Name/Funktion:	Dr. med. Franz Bayerl, Chefarzt
Telefon:	06332 828480
Fax:	
E-Mail:	F.Bayerl@nardliniklinikum.de

B-[5].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Kaiserstrasse 14
PLZ/Ort:	66482 Zweibrücken
URL:	<a href="http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-elisabeth-zweibruecken/fachbereiche/anaesthesie-schmerztherapie/">http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-elisabeth-zweibruecken/fachbereiche/anaesthesie-schmerztherapie/</a>

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

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

Keine Vereinbarung geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<p>Intensivmedizin</p> <p><i>Die operative Intensivmedizin beinhaltet die Versorgung von Frischoperierten nach großen Eingriffen, sowie die Weiterbehandlung von Schwerstverletzten nach der Erstversorgung. Je nach Bedarf kommen alle Methoden der modernen operativen Intensivmedizin zur Anwendung.</i></p>
2	<p>("Sonstiges")</p> <p><i>Apparative Ausstattung: Bronchoskop/Videoendoskop Der Abteilung stehen modernste Geräte zur Durchführung und Überwachung der Allgemein- und Regionalanästhesie zur Verfügung (Narkosegeräte, Nervenstimulationsgerät, Ultraschallgerät, EEG zur Narkosetiefeüberwachung (24 Std. verfügbar).</i></p>
3	<p>Anästhesie</p> <p><i>Durchführung/Überwachung: Regional- u. Allgemeinanästhesien Fiberoptische/ videoendoskopische Intubationen Eigenblutspende Transfusionsmedizin + Blutlabor Monitoring - Überwachung Narkosetiefe Ultraschall- u. /o. nervenstimulatorgesteuerte Regionalanästhesien + postoperative Schmerzkatheter</i></p>

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

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

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

## B-[5].6.3 Kompetenzdiagnosen

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

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

### B-[5].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRÄMEDIKATIONSAMBULANZ
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Aufklärungsgespräche, Präoperative Untersuchungen, Eigenblutspende</i>

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

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

## 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:	8,38	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	8,38	Ohne:	0
	Ambulant:	0	Stationär:	8,38
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN			
Gesamt:		6,58	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	6,58	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär: 6,58
			Fälle je Anzahl: 0,0

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)	
Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

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

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Anästhesiologie

### B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Flugmedizin
4	Spezielle Schmerztherapie

### B-[5].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
39

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN	
Gesamt:	0

*Die Pflegeteams der Anästhesiepflege und der Intensivstation bilden eine Organisationseinheit, die beide Bereiche gemeinsam betreuen.*

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
---------------------------	------	---	-------	---

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

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

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

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

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

**ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

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

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

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

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

**MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0
---------	---



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

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Intensivpflege und Anästhesie
3	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Dekubitusmanagement
2	Basale Stimulation
3	Schmerzmanagement
4	Bobath

### B-[5].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN				
Gesamt:		0		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je	0,0
			Anzahl:	
KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN				
Gesamt:		0		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

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

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**ERGOTHERAPEUTEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN**

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

**SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN**

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

**B-[6] Radiologie**

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Radiologie
Straße:	Kaiserstrasse
Hausnummer:	14
PLZ:	66482
Ort:	Zweibrücken

**B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3751) Radiologie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Anke Doerr, Oberärztin/Konventionelles Röntgen/CT/Angiographie
Telefon:	06332 829046
Fax:	
E-Mail:	A.Doerr@nardiniklinikum.de

### B-[6].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Kaiserstrasse 14
PLZ/Ort:	66482 Zweibrücken

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
2	Teleradiologie
3	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
4	Lymphographie
5	Arteriographie
6	Interventionelle Radiologie
7	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
8	Computertomographie (CT), nativ
9	Phlebographie
10	Konventionelle Röntgenaufnahmen

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

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

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

**B-[6].6.3 Kompetenzdiagnosen**

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

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

**B-[6].7.2 Kompetenzprozeduren**

**B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

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

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

**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:	1	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40
---------	---	--	----

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1	Ohne:	0
---------------------------	------	---	-------	---

Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 1
		Fälle je Anzahl: 0,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	1	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 1
		Fälle je Anzahl: 0,0

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

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

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

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Radiologie

**B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

**B-[6].11.2 Pflegepersonal**

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39

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

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0	Ohne: 0

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

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

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

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

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**ENTBINDUNGSPFLERGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**BELEGENTBINDUNGSPFLERGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES**

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

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

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0,52
---------	------



Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,52	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 0,52
		Fälle je Anzahl: 0,0

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

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

### B-[6].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

#### DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN

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

#### KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN

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

#### PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0	Ohne: 0

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

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

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**ERGOTHERAPEUTEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN**

Gesamt:	0	
---------	---	--

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

## B-[7] Urologie

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Urologie
Straße:	Kaiserstrasse
Hausnummer:	14
PLZ:	66482
Ort:	Zweibrücken

#### B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2200) Urologie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Martin Gerber, Facharzt für Urologie
Telefon:	06332 828340
Fax:	
E-Mail:	T.Rohrbacher@nardiniklinikum.de

Name/Funktion:	Dr. med. Jean-Claude Pecqueux, Facharzt für Urologie
Telefon:	06332 828340
Fax:	
E-Mail:	T.Rohrbacher@nardiniklinikum.de

#### B-[7].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Kaiserstrasse 14
PLZ/Ort:	66482 Zweibrücken

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

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

Keine Vereinbarung geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Schmerztherapie
2	Tumorchirurgie
3	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
4	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
6	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
7	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
8	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
9	Minimalinvasive endoskopische Operationen
10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
11	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen

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

Vollstationäre Fallzahl:	271
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	39
2	C61	Prostatakrebs	39
3	N20.1	Ureterstein	29

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	21
5	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	16
6	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	15
7	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	14
8	N31.9	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, nicht näher bezeichnet	13
9	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	10
10	D30.3	Gutartige Neubildung: Harnblase	7
11	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	6
12	N47	Vergrößerung der Vorhaut, Vorhautverengung bzw. Abschnürung der Eichel durch die Vorhaut	6
13	N35.9	Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet	5
14	N43.3	Hydrozele, nicht näher bezeichnet	< 4
15	C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	< 4
16	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	< 4
17	N20.0	Nierenstein	< 4
18	A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken	< 4
19	N49.2	Entzündliche Krankheiten des Skrotums	< 4
20	N99.1	Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen	< 4
21	C67.4	Bösartige Neubildung: Hintere Harnblasenwand	< 4
22	N35.1	Postinfektiöse Harnröhrenstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
23	A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger	< 4
24	N30.2	Sonstige chronische Zystitis	< 4
25	N45.0	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis mit Abszess	< 4
26	D29.0	Gutartige Neubildung: Penis	< 4
27	N36.2	Harnröhrenkarunkel	< 4
28	N32.1	Vesikointestinalfistel	< 4
29	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	< 4
30	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	39
2	C61	Prostatakrebs	39

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	36
4	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	31
5	C67	Harnblasenkrebs	29
6	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	21
7	N31	Funktionsstörung der Harnblase durch krankhafte Veränderungen der Nervenversorgung	14
8	D30	Gutartiger Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	8
9	N35	Verengung der Harnröhre	7
10	N47	Vergrößerung der Vorhaut, Vorhautverengung bzw. Abschnürung der Eichel durch die Vorhaut	6

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	39
2	N40	Prostatahyperplasie	39
3	N20.1	Ureterstein	29
4	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	21
5	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	16
6	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	15
7	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	14
8	N31.9	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, nicht näher bezeichnet	13
9	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	10
10	D30.3	Gutartige Neubildung: Harnblase	7
11	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	6
12	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	6
13	N35.9	Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet	5
14	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	< 4
15	N43.3	Hydrozele, nicht näher bezeichnet	< 4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
16	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	< 4
17	N35.1	Postinfektiöse Harnröhrenstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
18	N30.2	Sonstige chronische Zystitis	< 4
19	C67.4	Bösartige Neubildung: Hintere Harnblasenwand	< 4
20	C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	< 4
21	N20.0	Nierenstein	< 4
22	N99.1	Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen	< 4
23	N49.2	Entzündliche Krankheiten des Skrotums	< 4
24	A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken	< 4
25	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	< 4
26	N21.0	Stein in der Harnblase	< 4
27	C79.8	Sekundäre bösartige Neubildung der Brustdrüse	< 4
28	N28.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Niere und des Ureters	< 4
29	N30.0	Akute Zystitis	< 4
30	N43.4	Spermatozele	< 4

### B-[7].6.3 Kompetenzdiagnosen

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	196
2	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	59
3	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	44
4	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	38

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	5-570.4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral	35
6	3-13d.5	Urographie: Retrograd	33
7	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	31
8	1-464.00	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen: Stanzbiopsie der Prostata: Weniger als 20 Zylinder	28
9	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	28
10	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	25
11	1-665	Untersuchung der Harnleiter durch eine Spiegelung	24
12	5-560.2	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Bougierung, transurethral	24
13	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	19
14	3-13d.0	Urographie: Intravenös	18
15	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	17
16	5-585.0	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, ohne Sicht	17
17	1-463.1	Perkutane (Nadel-)Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen: Prostata	17
18	5-560.3x	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Einlegen eines Stents, transurethral: Einlegen eines permanenten sonstigen Stents	15
19	8-541.4	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In die Harnblase	14
20	8-132.1	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, einmalig	13
21	3-705.0	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Ein-Phasen-Szintigraphie	12
22	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	11
23	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	10
24	8-390.x	Lagerungsbehandlung: Sonstige	10
25	8-139.00	Andere Manipulationen am Harntrakt: Bougierung der Urethra: Ohne Durchleuchtung	10
26	5-562.5	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch, mit Desintegration (Lithotripsie)	10
27	1-464.01	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen: Stanzbiopsie der Prostata: 20 und mehr Zylinder	8



	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	7
29	8-525.21	Sonstige Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden: Interstitielle Brachytherapie mit Implantation von permanenten Strahlern: Mehr als 10 Quellen	6
30	5-581.1	Plastische Meatotomie der Urethra: Meatusplastik	6

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	196
2	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	59
3	3-13d	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel	51
4	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	45
5	5-570	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	39
6	5-560	Erweiterung des Harnleiters bei einer Operation oder Spiegelung	39
7	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	38
8	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschleife	38
9	1-464	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den männlichen Geschlechtsorganen durch den Mastdarm	36
10	5-585	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	34

### B-[7].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

### B-[7].11 Personelle Ausstattung

#### B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

##### BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	2
Fälle je Anzahl:	135,5

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

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Urologie

#### B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#### B-[7].11.2 Pflegepersonal

##### MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39

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

Gesamt:	6		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	6	Ohne: 0
	Ambulant:	0	Stationär: 6
Versorgungsform:		Fälle je Anzahl:	45,2

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

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

**ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

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

**PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

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

**KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN**

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

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

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0 **Ohne:** 0

Versorgungsform: **Ambulant:** 0 **Stationär:** 0  
**Fälle je Anzahl:** 0,0

**ENTBINDUNGSPFLERER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0 **Ohne:** 0

Versorgungsform: **Ambulant:** 0 **Stationär:** 0  
**Fälle je Anzahl:** 0,0

**BELEGENTBINDUNGSPFLERER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES**

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

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

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0 **Ohne:** 0

Versorgungsform: **Ambulant:** 0 **Stationär:** 0  
**Fälle je Anzahl:** 0,0

**MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0 **Ohne:** 0

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

### 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	Praxisanleitung

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Dekubitusmanagement

### B-[7].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN			
Gesamt:		0	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär: 0
			Fälle je Anzahl: 0,0

KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN			
Gesamt:		0	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär: 0
			Fälle je Anzahl: 0,0

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN			
Gesamt:		0	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne: 0

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

#### KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

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

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

#### ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

#### BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

#### SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	0
---------	---

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

## B-[8] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Straße:	Kaiserstrasse
Hausnummer:	14
PLZ:	66482
Ort:	Zweibrücken

#### B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Name/Funktion:	Dr. med. Franz Eckel, Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Telefon:	06332 828440
Fax:	
E-Mail:	T.Rohrbacher@nardiniklinikum.de
Name/Funktion:	Dr. med. Angelika Hunting, Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Telefon:	06332 828440
Fax:	
E-Mail:	T.Rohrbacher@nardiniklinikum.de

### B-[8].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Kaiserstrasse 14
PLZ/Ort:	66482 Zweibrücken

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
2	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
3	Schnarchoperationen
4	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
5	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
6	Interdisziplinäre Tumornachsorge
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
10	Schwindeldiagnostik/-therapie
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
12	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
14	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
15	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
16	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette



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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

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

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

B-[8].6.3 Kompetenzdiagnosen

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

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

B-[8].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

## 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

#### BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	2
Fälle je Anzahl:	0,0

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

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

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

### B-[8].11.2 Pflegepersonal

#### MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

0

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

Gesamt: 0

*Das Personal ist dem Bereich Chirurgie zugeordnet.*

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

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

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
---------------------------	------	---	-------	---

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

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

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

**ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

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

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

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

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

**MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

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

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

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

**DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN**

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

**KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN**

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

**PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE  
 PSYCHOTHERAPEUTINNEN**

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

**KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND  
 JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN**

Gesamt:	0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne: 0

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

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

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**ERGOTHERAPEUTEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

**SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN**

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b> 0	<b>Ohne:</b> 0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b> 0	<b>Stationär:</b> 0
		<b>Fälle je Anzahl:</b> 0,0

## C Qualitätssicherung

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

### C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Implantation (09/1)	58	105,2
2	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Aggregatwechsel (09/2)	11	109,1
3	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	9	88,9
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	5	100
6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation (09/6)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
7	Karotis- Revaskularisation (10/2)	8	112,5
8	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/ 1)	4	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
9	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	48	100
10	Mammachirurgie (18/1)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
	<i>Die fehlenden Fälle besitzen allesamt vollständig dokumentierte Datensätze. Die fehlenden Datensätze wurden aufgrund einer seitens der genutzten Software falsch hinterlegten Export e-mail Adresse(xmldaten@bqs-institut.de) nicht regelgerecht exportiert..In der genutzten Software wurden diese Fälle als exportiert dargestellt.</i>		
11	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	202	70,3
	<i>Die fehlenden Fälle besitzen allesamt vollständig dokumentierte Datensätze. Die fehlenden Datensätze wurden aufgrund einer seitens der genutzten Software falsch hinterlegten Export e-mail Adresse(xmldaten@bqs-institut.de) nicht regelgerecht exportiert..In der genutzten Software wurden diese Fälle als exportiert dargestellt.</i>		
12	Hüftendoprothesenve (HEP)	154	100
13	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	148	100,7
14	Hüftendoprothesenve Hüft-Endoprothesenwechs und -komponentenwechsel (HEP_WE)	7	71,4
15	Knieendoprothesenve (KEP)	110	96,4
16	Knieendoprothesenve Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	106	97,2
17	Knieendoprothesenve Knieendoprothesenw und -komponentenwechse (KEP_WE)	4	75
18	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	244	101,2



## C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

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

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

1	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem	
	Kennzahl-ID	54140
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> . Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	92,98 %
	Vertrauensbereich	83,3 % - 97,24 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	96,9
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	96,77 % - 97,03 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	53
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	57
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
2 Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54143</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 6,31 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,84
Referenzbereich	= 10,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,77 % - 0,91 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	57

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
3	Dauer der Operation
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52128</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	90 %
Vertrauensbereich	79,85 % - 95,34 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	86,95
Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	86,71 % - 87,18 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	54
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	60
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
4	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52305</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
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 Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	88,09 %
	Vertrauensbereich	83,32 % - 91,63 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	95,5
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	95,42 % - 95,57 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	207
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	235
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
5	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>1103</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 5,92 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	0,8
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,74 % - 0,87 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	61
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>6</b>	<b>Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52311</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,32
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,24 % - 1,4 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
7 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51191</b>
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. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 3,06 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,07
Referenzbereich	= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,13 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,18
Grundgesamtheit	61
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

8	Dauer der Operation bis 45 Minuten
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>210</b>
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierter Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierter Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	75,75 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	94,62
Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	94,28 % - 94,93 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	12

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
9 Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52307</b>
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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	69,81 %
Vertrauensbereich	56,46 % - 80,48 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	97,03
Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,15 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	53



QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>A41</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ verschlechtert
10	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>1096</b>
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 24,25 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,12
Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,08 % - 0,19 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	12
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
11	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51398</b>
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	0,19
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,14 % - 0,27 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0
	Grundgesamtheit	12
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
12	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>1089</b>
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 32,44 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,72
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,58 % - 0,89 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	8
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

13	Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52315</b>
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 das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 39,03 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,98
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,78 % - 1,22 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>14</b>	<b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51404</b>
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 13,05 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,31
Referenzbereich	= 9,00 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,14 % - 1,52 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,2
Grundgesamtheit	8
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
15	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50004</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	94,42
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	94,15 % - 94,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16	<b>Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50005</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	95,68
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,44 % - 95,91 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
17	<b>Dauer der Operation</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52129</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	88,49
	Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	88,11 % - 88,86 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>18</b>	<b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalauschlages der Sonden</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52316</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	60,97 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	95,64
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	95,51 % - 95,77 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	6
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	6
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>19</b>	<b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50017</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	0,63
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,55 % - 0,73 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>20</b>	<b>Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52325</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,71
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,62 % - 0,82 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

21	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51186</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,05
Referenzbereich	= 5,80 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

22	Dauer der Operation bis 60 Minuten
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50025</b>
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	56,55 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	93,62
Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	93,15 % - 94,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	5

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
23	<b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52321</b>
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> . Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	60,97 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	98,24
Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	98,13 % - 98,34 %

<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>24</b>	<b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50030</b>
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 43,45 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	0,18
Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,12 % - 0,28 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	5
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

25	<b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50031</b>
	Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	-
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	0,21
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,14 % - 0,31 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	5
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
26	<b>Technische Probleme mit dem Herzschrittmacher als angebrachter Grund für eine erneute Operation</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52328</b>
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 32,44 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	3,43
	Referenzbereich	= 8,58 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	3,25 % - 3,61 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	8
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
27	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	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 32,44 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	3,43
	Referenzbereich	= 6,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	3,26 % - 3,62 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	8
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
28	<b>Infektion als angebrachter Grund für eine erneute Operation</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52002</b>
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja



	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 32,44 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	0,58
	Referenzbereich	= 2,52 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,51 % - 0,66 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	8
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
29	<b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50041</b>
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	0,96
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,78 % - 1,18 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>30</b>	<b>Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52324</b>
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,61
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,45 % - 0,82 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
31 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51196</b>
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich	= 2,83 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,85 % - 1,15 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
32	Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>603</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	60,97 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	98,9
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,72 % - 99,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33	<b>Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>604</b>
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	99,69
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	99,56 % - 99,79 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

34	<b>Schlaganfall oder Tod nach Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit und gleichzeitiger Operation zur Überbrückung eines verengten Gefäßes</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52240</b>
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	6,46
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	4,18 % - 9,87 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>35</b>	<b>Schlaganfall oder Tod während der Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>11704</b>
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 16,75 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	1,05
Referenzbereich	= 3,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,14 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,16
Grundgesamtheit	9
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

36	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>11724</b>
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle bei denen -Gehen nur mit Hilfe möglich ist und / oder eine komplette Aphasie vorliegt, -die Patientin/der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder -der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 29,92 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	1,1
	Referenzbereich	= 4,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,22 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,09
	Grundgesamtheit	9



QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

37 **Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51437</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	97,63
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,03 % - 98,11 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38 **Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51443</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	99,41
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,95 % - 99,67 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>39</b>	<b>Schlaganfall oder Tod während des Eingriffs (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51873</b>
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin/des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	0,9
Referenzbereich	= 2,89 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,79 % - 1,01 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

40	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach dem Eingriff (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51865</b>
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin/des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle bei denen -Gehen nur mit Hilfe möglich ist und / oder eine komplette Aphasie vorliegt, -die Patientin/der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder -der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,89
	Referenzbereich	= 4,24 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,77 % - 1,04 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
41 Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51906</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,94
Referenzbereich	= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,88 % - 1,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
42 Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie bei Patientinnen ohne bösartigen Tumor, gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut oder Voroperation im umliegenden Operationsgebiet	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51418</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatoregebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,38
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,33 % - 0,43 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
43 Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>12874</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	1,33
	Referenzbereich	= 5,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	1,22 % - 1,45 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
44	<b>Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>10211</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	11,51
	Referenzbereich	= 20,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	11,03 % - 12,01 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
45 Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund nach Gewebeuntersuchung	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51907</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	15,08
Referenzbereich	= 28,46 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	14,54 % - 15,64 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar



46	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52535</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	24,3
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	20,33 % - 28,77 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
47	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>612</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>91,03</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>&gt;= 79,11 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>90,72 % - 91,33 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p><b>48 Blasenkatheter länger als 24 Stunden</b></p>	
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>52283</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	3,12
Referenzbereich	= 6,85 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	3,02 % - 3,23 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

49 **Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54030</b>
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	18,75 %
Vertrauensbereich	10,19 % - 31,94 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	19,66
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	19,34 % - 19,98 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	48
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
50	Vorbeugende Gabe von Antibiotika
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54031</b>
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	92,59 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	99,52
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,47 % - 99,58 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	48
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	48
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

51	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	54033
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	1,56
	Vertrauensbereich	0,95 % - 2,27 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1
	Referenzbereich	= 2,27 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1,02 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	12
	Erwartete Ereignisse	7,7
	Grundgesamtheit	32
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

52	Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54036</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 8,35 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,83
	Referenzbereich	= 4,30 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,76 % - 0,91 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,43
	Grundgesamtheit	48
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

53	Infektion der Operationswunde - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54038</b>	
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	0	
Vertrauensbereich	0 % - 10,75 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	0,92	
Referenzbereich	= 3,14 (Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	0,83 % - 1,01 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	0,33	
Grundgesamtheit	48	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert	

54	Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der Hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bund	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54040</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 6,53 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	0,87
	Referenzbereich	= 3,72 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,81 % - 0,95 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,54
	Grundgesamtheit	48
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert



55	Allgemeine Komplikationen während oder aufgrund der Hüftgelenkerhaltenden Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54042</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	1,78
	Vertrauensbereich	0,93 % - 3,16 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,95
	Referenzbereich	= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,92 % - 0,98 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	8
	Erwartete Ereignisse	4,49
	Grundgesamtheit	48
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

56	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54046</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 1,02 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,98
	Referenzbereich	= 2,00 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,94 % - 1,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	3,49
	Grundgesamtheit	48
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

57		Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung	
Kennzahl-ID	51846		
Leistungsbereich	Operation an der Brust		
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein		
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.		
<b>BUNDESERGEBNIS</b>			
Bundesdurchschnitt	96,34		
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)		
Vertrauensbereich	96,21 % - 96,48 %		
<b>FALLZAHL</b>			
Beobachtete Ereignisse	-		
Erwartete Ereignisse	-		
Grundgesamtheit	-		
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>			
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind		
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar		
58		Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund	
Kennzahl-ID	52268		
Leistungsbereich	Operation an der Brust		
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein		
Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Dies wird in dem Indikator "Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden" berücksichtigt.		

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	13,62
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	13,36 % - 13,89 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

59 **Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52273</b>
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
60	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Röntgenstrahlen kontrolliert)
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52330</b>
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	98,52
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,34 % - 98,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
61	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Ultraschall kontrolliert)
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52279</b>
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	90,71
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	90,32 % - 91,08 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
62	<b>Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2163</b>
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	0,12
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,06 % - 0,24 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>63</b>	<b>Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium und Behandlung unter Erhalt der Brust</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50719</b>
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	10,34
Referenzbereich	= 18,39 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	9,53 % - 11,21 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>64</b>	<b>Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51847</b>
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	95,44
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,21 % - 95,66 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

65	Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51370</b>
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Da eine Brustkrebsoperation keinen Notfall darstellt, ist Betroffenen ausreichend Zeit einzuräumen, um sich über die Krankheit und das entsprechende Behandlungskonzept zu informieren und sich damit am Behandlungsprozess aktiv zu beteiligen. Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, kann dies auf Defizite bei der Information, Aufklärung und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen hindeuten. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	6,33
Referenzbereich	= 24,15 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	6,14 % - 6,53 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar



66	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52009</b>
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Ergebnis (Einheit)	0,49
	Vertrauensbereich	-
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	0,95
	Referenzbereich	= 1,95 (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,94 % - 0,96 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	21
	Erwartete Ereignisse	42,76
	Grundgesamtheit	10059
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

67	<b>Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erworben</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52010</b>
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	-
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	0,01
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	10059
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	<b>↑</b> verbessert
68	<b>Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54001</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	91,09 %
	Vertrauensbereich	83,93 % - 95,24 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	96,54
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	96,45 % - 96,63 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	92
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	101
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
69	<b>Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54002</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>100 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>56,55 % - 100 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>93,02</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>&gt;= 86,00 % (Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>92,71 % - 93,32 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>5</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>5</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>70</p>	<p><b>Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>54003</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	12,77 %
Vertrauensbereich	5,98 % - 25,17 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	17,46
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	17,15 % - 17,78 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	47
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

71	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54004</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	97,3 %
Vertrauensbereich	92,35 % - 99,08 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	92,87
Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,75 % - 92,99 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	108
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	111
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
72 Vorbeugende Gabe von Antibiotika	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54005</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	97,57 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	99,79
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,77 % - 99,81 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	154
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	154
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

73	Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54015</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatoregebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	16,67 %
	Vertrauensbereich	8,7 % - 29,58 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	11,53
	Referenzbereich	= 25,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	11,27 % - 11,79 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	8
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	48
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
74	Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54016</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	3,96 %
	Vertrauensbereich	1,55 % - 9,74 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	1,77
	Referenzbereich	= 6,35 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,71 % - 1,83 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	101
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
75	Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten	
	Kennzahl-ID	54017
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.



RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	6,16
Referenzbereich	= 19,17 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	5,87 % - 6,46 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
76	<b>Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54018</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	4,42
Referenzbereich	= 11,55 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,26 % - 4,59 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

77	Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54019</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	2,37
Referenzbereich	= 8,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,3 % - 2,44 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54120</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	10,19
Referenzbereich	= 23,95 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	9,83 % - 10,56 %

FALLZAHL

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

<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

**79 Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54010</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Ergebnis (Einheit)	96 %
Vertrauensbereich	90,16 % - 98,43 %

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	97,98
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,91 % - 98,04 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	96
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	100

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

**80 Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54012</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>0,85</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,39 % - 1,79 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>0,91</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 2,15 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,89 % - 0,93 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>6</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>7,04</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>127</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>81</p>	<p><b>Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>54013</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren wird für alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesenimplantation die jeweils erwartete Sterbewahrscheinlichkeit berechnet. Unter den verstorbenen Patientinnen und Patienten werden die 10 % mit der geringsten Sterbewahrscheinlichkeit ermittelt und als Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit" festgelegt. Dieser Indikator bezieht sich ausschließlich auf Todesfälle bei diesen Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>0,2</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>Sentinel-Event</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,18 % - 0,22 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>U32</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>82</p>	<p><b>Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>54020</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	81,05 %
	Vertrauensbereich	72,03 % - 87,67 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	97,43
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,34 % - 97,51 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	77
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	95
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>D50</b> - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
83	<b>Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54021</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	75 %
	Vertrauensbereich	40,93 % - 92,85 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	94,25
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	93,91 % - 94,57 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	6
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	8
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
84	<b>Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54022</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	91,02
	Referenzbereich	>= 86,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	90,6 % - 91,43 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
85	<b>Vorbeugende Gabe von Antibiotika</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54023</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	96,5 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	99,75
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,73 % - 99,77 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	106
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	106
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

86	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54026</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	91,26 %
Vertrauensbereich	84,22 % - 95,33 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	92,03
Referenzbereich	>= 80,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	91,9 % - 92,16 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	94
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	103

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
87 Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54028</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	6,39
Vertrauensbereich	2,75 % - 14,33 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,72
Referenzbereich	= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,67 % - 0,76 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	0,78
Grundgesamtheit	106
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>D50</b> - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	⬇ verschlechtert

88		Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
<b>Kennzahl-ID</b>		<b>2005</b>	
Leistungsbereich		Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.	
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>			
Ergebnis (Einheit)		96,36 %	
Vertrauensbereich		93,22 % - 98,07 %	
<b>BUNDESERGEBNIS</b>			
Bundesdurchschnitt		98,33	
Referenzbereich		>= 95,00 % (Zielbereich)	
Vertrauensbereich		98,28 % - 98,37 %	
<b>FALLZAHL</b>			
Beobachtete Ereignisse		238	
Erwartete Ereignisse		-	
Grundgesamtheit		247	
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>			
Ergebnis im Berichtsjahr		<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert	
89		Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
<b>Kennzahl-ID</b>		<b>2009</b>	
Leistungsbereich		Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>97,08 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>94,1 % - 98,58 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>95,74</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>&gt;= 90,00 % (Zielbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>95,65 % - 95,82 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>233</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>240</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p>90</p>	<p><b>Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit geringem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>2012</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>100 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>86,68 % - 100 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>97,3</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>&gt;= 95,00 % (Zielbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>97,14 % - 97,45 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>25</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>25</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p>91</p>	<p><b>Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>2013</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	99,32 %
	Vertrauensbereich	96,27 % - 99,88 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	93,63
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	93,5 % - 93,76 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	147
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	148
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
92	<b>Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2028</b>
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>81,25 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>75,14 % - 86,14 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>95,88</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>&gt;= 95,00 % (Zielbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>95,79 % - 95,97 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>156</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>192</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>D50</b> - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p>93</p>	<p><b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>50778</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>



	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	0,49
	Vertrauensbereich	0,3 % - 0,81 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	1
	Referenzbereich	= 1,56 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,01 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	14
	Erwartete Ereignisse	28,3
	Grundgesamtheit	247
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
94	<b>Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50722</b>
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Ergebnis (Einheit)	96,36 %
Vertrauensbereich	93,22 % - 98,07 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	96,32
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,39 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	238
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	247
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert

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

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

**Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:**

	LEISTUNGSBEREICH	AUSWAHL
1	Schlaganfall	Ja

### C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

	DMP
1	Diabetes mellitus Typ 2
2	Koronare Herzkrankheit (KHK)

### C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

### 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	96	
2	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	1	MM01 - Notfälle, keine planbaren Leistungen

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

	VEREINBARUNG BZW. RICHTLINIE
1	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma

### 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):	36
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	25
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	11

\* nach den "Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus" (siehe [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

## **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